

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA PRODUCTION AGRICOLE ET
CUMA DU 15 SEPTEMBRE 2020 ET LA CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DES ENTREPRISES DE TRAVAUX ET SERVICES : AGRICOLES,
RURAUX ET FORESTIERS(ETARF) DU 8 OCTOBRE 2020

Et

CONVENTION COLLECTIVE TERRITORIALE DE LA PRODUCTION
AGRICOLE, DES CUMA ET DES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET
RURAUX DES DEPARTEMENTS DES DEUX SÈVRES ET DE LA VIENNE

Prévoyance et Maintien de salaire

CONDITIONS GÉNÉRALES N°20498

au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire

Salariés non cadres, non assimilés cadres et non intégrés par l'APEC

Assuré par MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Sommaire

LEXIQUE.....	6
PREAMBULE	10
TITRE 1. DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....	11
1.1. OBJET DU CONTRAT.....	11
1.2. DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT	11
1.2.1. Date d'effet, durée	11
1.2.2. Renouvellement	11
1.2.3. Résiliation.....	11
1.3. OBLIGATIONS D'INFORMATIONS DU <i>SOUSCRIPTEUR</i>	12
1.3.1. Obligations générales.....	12
1.3.2. Obligations déclaratives	12
1.3.3. Obligations liées à la territorialité	13
1.3.4. Information des <i>assurés</i>	14
1.4. CONDITIONS DE REPRISE DES EN COURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	14
1.4.1. En présence d'un contrat souscrit antérieurement auprès d'un autre organisme assureur.....	14
1.4.2. En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement.....	15
1.5. REVISION DU CONTRAT	15
1.5.1. Modifications du régime conventionnel	15
1.5.2. Evolutions législatives ou réglementaires.....	15
1.5.3. Modalités de révision.....	15
TITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'AFFILIATION AU CONTRAT	16
2.1. CONDITIONS ET FORMALITES D'AFFILIATION.....	16
2.1.1. Personnes assurables	16
2.1.2. Formalités d'affiliation	16
TITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	17
3.1. OBJET DES GARANTIES	17
3.2. PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES.....	17
3.2.1. Prise d'effet des garanties.....	17
3.2.2. Cessation des garanties	17
3.3. MODIFICATIONS DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT	17
3.4. GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	17
3.4.1. Garantie décès toutes causes.....	17
3.4.2. Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA)	19
3.4.3. Garantie frais d'obsèques	19

3.5. GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	19
3.5.1. Maintien de salaire	19
3.5.2. Garantie incapacité temporaire de travail	21
3.5.3. Garantie invalidité ou incapacité permanente	22
3.6. EXCLUSIONS	24
3.7. PRESTATIONS.....	26
3.7.1. Base de calcul des prestations.....	26
3.7.2. Règlement des prestations	26
3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives	26
3.7.4. Contrôle médical.....	27
3.7.5. Règle de cumul.....	28
3.7.6. Plafonds de garantie	28
3.7.7. Revalorisation.....	28
3.7.8. Prélèvements sociaux et impôt à la source	29
3.8. DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE.....	29
TITRE 4. MAINTIEN DES GARANTIES.....	30
4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	30
4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré	30
4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré	30
4.2. EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (<i>PORTABILITE</i>).....	30
TITRE 5. EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS.....	32
5.1. ASSURES EN ACTIVITE ET CEUX BENEFICIANT DE LA <i>PORTABILITE</i> (ARTICLE 5 « LOI EVIN »).....	32
5.2. PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE.....	32
5.3. GARANTIES DECES (ART 7.1. « LOI EVIN »)	32
5.4. CESSATION DES REVALORISATIONS EN CAS DE RESILIATION.....	32
5.5. OBLIGATIONS DU <i>SOUSCRIPTEUR</i> DU FAIT DE LA RESILIATION	32
TITRE 6. COTISATIONS.....	33
6.1. ASSIETTE ET MONTANT	33
6.1.1. Base de calcul des cotisations	33
6.1.2. Taux de cotisations	33
6.2. MODALITES DE PAIEMENT.....	33
6.3. DEFAT DE PAIEMENT	33
TITRE 7. REFERENCES LEGALES.....	34
7.1. FAUSSE DECLARATION	34
7.2. DECHEANCE	34

7.3. PRESCRIPTION	34
7.4. SUBROGATION	35
7.5. RECLAMATION –MEDIATION	35
7.6. JURIDICTION COMPETENTE.....	35
7.7. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	35
7.8. AUTORITE DE CONTROLE.....	37
TITRE 8. PIECES JUSTIFICATIVES	38

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Principaux termes utilisés :

- Organisme assureur** | **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 ;
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* ».
- Souscripteur** | L'entreprise relevant de l'accord départemental du 05 avril 2022 instituant un régime
de prévoyance pour les assurés agricoles non-cadres, non assimilés cadres et non
intégrés par l'APEC des départements des Deux Sèvres et de la Vienne, signataire du
contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le *contrat d'assurance*
avec l'*organisme assureur* au bénéfice des assurés.
- Catégorie assurée** | L'ensemble des salariés non cadres, non assimilés cadres et non intégrés par l'APEC
du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie au contrat d'adhésion ou
aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article
2.1.1. « Personnes assurables ».
- On entend par non cadres, non assimilés cadres et non intégrés par l'APEC : le
personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 et les
salariés non intégrés par un agrément donnée par la commission paritaire rattachée à
l'Association pour l'emploi des cadres (APEC).
- Assuré** | La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque
et appartenant à la *catégorie assurée*.

Conjoint | Le *conjoint* est au jour de l'événement ouvrant droit à prestations :

- L'époux ou l'épouse de l'*assuré* non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'*assuré* au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins deux ans
Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union.

Enfants à charge | Sont considérés comme enfants :

- l'enfant né ou à naître de l'*assuré* y compris les enfants adoptés ;
- l'enfant recueilli par l'*assuré* et pour lequel la qualité de tuteur lui a été reconnue ;
- l'enfant qui a été élevé par l'*assuré* pendant 9 ans au moins avant son 16^{ème} anniversaire ;
- l'enfant dont la qualité d'ayant droit de l'*assuré* a été reconnue par le régime de base.

Pour être considérés à charge les enfants doivent remplir les conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans,

La limite d'âge de 18 ans est portée à 26 ans révolus pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée,
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi et non indemnisés à ce titre,
- ou s'ils employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;

La limite d'âge est supprimée pour les enfants reconnus invalides par la législation sociale en faveur des handicapés sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (18 ou 26 ans sous conditions).

Bénéficiaires | Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.

L'accord de prévoyance | L'accord de prévoyance du 5 avril 2022 instituant un régime de prévoyance pour les salariés agricoles non-cadres, non assimilés cadres et salariés non intégrés par l'APEC des départements des Deux Sèvres et de la Vienne.

Contrat d'assurance | Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance souscrit dans le cadre des présentes conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'*Accord de prévoyance*.

Autres termes utilisés :

Accident | Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'*assuré*.

Acte authentique | 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.

Acte sous seing privé | 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.

Déclaration sociale nominative (DSN) | La DSN 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.

Maladie | Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Plafond annuel de la Sécurité sociale | Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations.
Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Portabilité | Dispositif qui permet le maintien des garanties prévoyance 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 pendant une certaine durée.

Procédures collectives | 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.legifrance.fr

Salaire brut | Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie.

En sont exclus :

- les primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire,
- les indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.

Salaire net | Salaire perçu au cours des 12 derniers mois :

- avant éventuelle imposition à la source,
- après reconstitution éventuelle des périodes de maladie,
- après déduction :
 - de la CSG, CRDS non déductible du revenu imposable
 - et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance /santé imposable.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) | Régime général ou local de Sécurité sociale française ou Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont dépendent les *bénéficiaires*. –

Sinistre | Réalisation du risque.

Tranches de salaire A et B | le salaire brut est ventilé en tranches de salaire A et B:

- 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,

Cette définition des tranches de salaire est différente de celle utilisée par les régimes AGIRC-ARRCO.

Préambule

Votre entreprise relève de l'accord départemental des Deux Sèvres et de la Vienne.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime de prévoyance, au bénéfice du personnel non cadres, non assimilés cadres et non intégrés par l'APEC des entreprises relevant du champ d'application de l'*Accord de prévoyance*.

En outre, conformément à l'accord départemental des Deux Sèvres et de la Vienne, Malakoff Humanis Prévoyance offre également la possibilité à l'entreprise de souscrire une garantie complémentaire dite « maintien de salaire ».

L'employeur, ci-après dénommé « le *souscripteur* » relevant de l'accord départemental du 5 avril 2022, adhère au contrat à adhésion obligatoire mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance.

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 prévues par l'accord départemental de prévoyance.

TITRE 1. Dispositions relatives à la vie 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 les contrats.

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

1.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance en cas de décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie, maintien de salaire, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la catégorie de personnel fixée par l'*Accord de prévoyance*, à savoir :

Le personnel non cadres, non assimilés cadres et non intégrés par l'APEC relevant du champ d'application de l'accord de prévoyance.

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées,
- **les contrats d'adhésion ou les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - la date d'effet du contrat,
 - la définition de la *catégorie assurée*,
 - les garanties choisies, la nature et le montant des prestations,
 - les cotisations

Le contrat prévoyance est susceptible d'être complété d'avenants venant modifier les dispositions de celui-ci après accord des partenaires sociaux.

1.2. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat

1.2.1. Date d'effet, durée

Le contrat prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et signé.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

1.2.2. Renouvellement

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

1.2.3. Résiliation

Chacune des parties signataires du contrat peut résilier le contrat trois mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 30 septembre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation à l'initiative de l'*organisme assureur* s'effectue par lettre recommandée. 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'*organisme assureur* ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 6.3. « Défaut de paiement », 1.4. « Révision du contrat » et Titre V « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations ».

En cas de changement d'activité plaçant l'entreprise adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective, l'entreprise devra notifier ce changement à l'*organisme assureur* qui aura valeur de demande de résiliation.

1.3. Obligations d'informations du *souscripteur*

1.3.1. 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 prévus au contrat.

1.3.2. 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 suivants ci-après 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 après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année de naissance, 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,
- l'assuré exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- 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* doit 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.

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 entrant et sortant 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'événement :

- transmettre à l'*organisme collecteur*, 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 « En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*) »,
- 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 collecteur* 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.

1.3.3. Obligations liées à la territorialité

L'activité du *souscripteur* est réputée s'exercer dans les exploitations et entreprises dont le siège social se situe sur les départements des Deux Sèvres et de la Vienne.

■ Pour chaque *assuré* :

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français
- ou
- hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale,

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères.

Ainsi les présentes conditions générales ne permettent pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.

■ Déplacement et détachement

Les situations ci-dessous constituant une modification du risque **déclaré lors de la souscription**, l'*organisme assureur* se prononcera sur les conditions de garantie et de tarification dans lesquelles le contrat peut se poursuivre.

Ainsi, le *souscripteur* doit déclarer à l'*organisme assureur* au moins dans les trente jours qui précèdent l'événement :

- le déplacement ou séjour pour raison professionnelle ou le détachement d'un ou plusieurs *assurés* dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères,
- le déplacement terrestre, maritime ou aérien d'un groupe de plus de cinquante *assurés*,
- le lieu de regroupement d'un groupe de plus de deux cent *assurés* organisé en dehors des locaux habituels de travail du *souscripteur*.

A défaut de déclaration préalable et d'acceptation préalable de l'*organisme assureur* d'un déplacement ou d'un détachement d'un *assuré* dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, **les sinistres affectant l'*assuré* qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvrent droit à aucune garantie, conformément à l'article 3.6. « Exclusions ».**

A défaut de déclaration préalable d'un déplacement terrestre, maritime ou aérien d'un groupe de plus de cinquante *assurés* ou de regroupement d'un groupe de plus de deux cent *assurés* organisés en dehors des locaux habituels de travail du *souscripteur*, **l'organisme assureur se réserve le droit de réduire les prestations ou d'appliquer les sanctions prévues en cas de fausse déclaration.**

En tout état de cause, l'engagement de l'*organisme assureur* sera limité à cent millions d'euros par événement.

■ **Effectifs habituels sur un même site :**

Le *souscripteur* doit déclarer à l'*organisme assureur* :

- à la souscription du contrat : les sites de plus de huit cent *assurés*.
- en cours de contrat : toute évolution du nombre d'*assurés* sur un site entraînant l'atteinte du seuil huit cent *assurés*.

L'absence de déclaration d'une aggravation du risque, en toute bonne foi, entraînera la réduction des garanties : l'*organisme assureur* est en droit de réduire les garanties proportionnellement aux primes qui auraient dû être payées s'il avait eu connaissance des circonstances nouvelles.

En tout état de cause, les prestations seront limitées :

- à un montant de cent soixante-dix millions d'euros par événement et
- à une durée de couverture de :
 - **72 heures consécutives** en cas de catastrophes naturelles.
Le *souscripteur* a le libre choix du point de départ.
 - **168 heures** pour tout autre événement.

Il est précisé que par :

- « engagement », il est entendu le cumul des prestations accordées par l'*organisme assureur* y compris, le cas échéant, les capitaux constitutifs de rente,
- « événement », il est entendu un *accident* ou une catastrophe naturelle (séismes, tempêtes, grêle, tornades, crues et inondations) entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins 3 *assurés*.

1.3.4. Information des assurés

L'*organisme assureur* établit et remet au *souscripteur* un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de *sinistre*.

Conformément aux dispositions légales :

- Il est de la responsabilité du *souscripteur* de remettre aux *assurés* la notice d'information établie par l'*organisme assureur* et de porter à la connaissance des *assurés* les modifications apportées à leurs droits et obligations.
- La preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au *souscripteur*.

1.4. Conditions de reprise des en cours à la date d'effet du contrat

1.4.1. En présence d'un contrat souscrit antérieurement auprès d'un autre organisme assureur

Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat, et titulaires d'indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du présent contrat :

- de la revalorisation des indemnités journalières ou de leur rente perçue(s) au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) à condition que l'assuré figure toujours aux effectifs à la date d'effet du contrat.

A ce titre l'organisme assureur calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique du contrat d'assurance.

Après examen des sinistres en cours, les entreprises qui souscrivent le présent contrat, pourront être assujetties au versement d'une sur -cotisation.

Cette cotisation additionnelle pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans les situations ci-dessus.

1.4.2. En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement

Pour les souscripteurs n'ayant pas souscrit de contrat de prévoyance collectif antérieur, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au présent contrat dès sa date d'effet en cas de changement d'état médical.

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail à l'invalidité,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

Une prime unique de reprise des-en -cours sera calculée et pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus.

1.5. Révision du contrat

Le contrat peut être modifié dans les conditions ci-dessous. Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé au souscripteur par l'organisme assureur.

Le souscripteur peut toujours refuser la proposition de modification en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 1.5.3.

1.5.1. Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

1.5.2. Evolutions législatives ou réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année après accord des partenaires sociaux. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification**.

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

1.5.3. 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 jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.2. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat ». Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi de la notification de l'*organisme assureur*, ce dernier 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.

TITRE 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Les personnes assurables doivent être déclarées à l'*organisme assureur* conformément à l'article « Obligations d'informations du *souscripteur* ». A défaut d'avoir été déclarés dans les conditions requises lors de la souscription, ces personnes ne bénéficient d'aucune garantie.

Les personnes assurables sont :

- les salariés dont le contrat de travail est en vigueur, qui appartiennent à la *catégorie assurée* définie au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières,
- les anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire jusqu'à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.

Les éléments d'affiliation 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 à l'article 2.2. « Prise d'effet de l'affiliation ».

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception du bulletin individuel d'affiliation dûment complété dans les délais prévus à l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation », et après accord exprès de l'*organisme assureur*.

2.2.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion ...).

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3. « Défaut de paiement »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail »,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension de retraite d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date du décès de l'*assuré*.

TITRE 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent dans le contrat d'adhésion ou les conditions particulières.

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations :

- en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré*,
- en cas d'incapacité ou d'invalidité de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci- après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1.Prise d'effet des garanties

L'*assuré* bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

3.2.2.Cessation des garanties

L'*assuré* ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

Selon la situation des *assurés*, les modifications des garanties en cours de contrat s'appliquent comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Situation des <i>assurés</i>	Modification des garanties	Garanties applicables
Bénéficiaire de la <i>portabilité</i>	Garantie incapacité temporaire de travail invalidité permanente et/ou décès	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i>	Garantie incapacité temporaire de travail - invalidité permanente	Les garanties en vigueur à la date du <i>sinistre</i>
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i> ; <i>assuré</i> figurant toujours aux effectifs	Garanties décès	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour <i>maladie</i> ou <i>accident</i> ; <i>assuré</i> dont le contrat de travail est rompu (hors <i>portabilité</i>)	Garanties décès	Les garanties en vigueur à la date de radiation des effectifs

3.4. Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie

3.4.1. Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'*assuré* quelle qu'en soit la cause.

Le montant de ce capital décès est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. Des majorations aux *Enfants à charge* de l'*assuré* tels que définis au lexique des présentes Conditions Générales pourront être versés.

■ Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

L'assuré peut, à tout moment, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs *bénéficiaires* de son choix.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de *bénéficiaire(s)* » que l'*organisme assureur* délivre à cet effet ou par un *acte sous seing privé* ou *authentique*. Il appartient à l'*assuré* de l'adresser à l'*organisme assureur* ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

L'*assuré* peut demander l'accord du *bénéficiaire* sur cette désignation.

Cette acceptation prend la forme :

- d'un écrit signé par l'*assuré*, le *bénéficiaire* et l'*organisme assureur*.
- ou d'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 cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'*assuré* doit informer l'*organisme assureur* de l'existence de cette désignation dans les plus brefs délais.

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 le libère de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de *bénéficiaire(s)* lui serait notifiée ultérieurement.

L'*assuré* doit 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 déjà décédés 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* selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner sur sa désignation particulière, les *bénéficiaires* « par défaut » souhaités. Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de *bénéficiaire* « à défaut mes héritiers ».

Sauf désignation particulière, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité suivant :

- au *conjoint* survivant de l'*assuré* non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil),
- à défaut au partenaire lié à l'*assuré* par un pacte civil de solidarité,
- à défaut au concubin de l'*assuré*,

à moins que l'*assuré* ait fixé et notifié à l'*organisme assureur* une répartition entre son *conjoint* et ses descendants (cette répartition ne pouvant réduire la part revenant au *conjoint* à moins de 50% du capital).

- à défaut, aux descendants,
- à défaut, aux héritiers de l'*assuré*.

Dans tous les cas, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants est versée par parts égales :

- directement aux enfants ayant générés la majoration,
- ou le cas échéant, au représentant légal agissant pour leur compte et en leur nom.

3.4.2. Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA)

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré* reconnue par l'*organisme assureur* selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

- l'*assuré* :
 - doit être reconnu par l'*organisme assureur* en 3^{ème} catégorie des invalides (invalide incapable d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante)
 - ou s'il se voit attribuer un taux d'incapacité permanente au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle égal à 66 % et qu'il est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante,
- et l'*assuré* doit également :
 - percevoir de la Mutualité sociale Agricole (MSA) une pension d'invalidité (3^e catégorie)
 - ou une rente d'incapacité au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle de 66 % majorée pour assistance d'une tierce personne.

L'état de santé de l'*assuré* doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Il est précisé que le médecin-conseil de l'*organisme assureur* n'est pas tenu par les décisions prises par Mutualité sociale Agricole (MSA), et se réserve la possibilité de soumettre l'*assuré* à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'*assuré*, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'*organisme assureur* comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré*.

Pour déterminer le montant du capital, l'*organisme assureur* retient la situation familiale de l'*assuré* au jour de la reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et des majorations pour enfants met fin à la garantie décès toutes causes de l'*assuré*.

Le capital et les majorations sont versés obligatoirement à l'*assuré* ou à son représentant légal.

3.4.3. Garantie frais d'obsèques

La garantie a pour objet de verser un capital à la personne (*conjoint* ou enfant à charge) qui a engagé les frais d'obsèques de l'*assuré* dans les limites fixées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les dispositions éventuellement prévues en cas de décès d'un enfant à charge s'appliquent également à l'enfant né sans vie.

En tout état de cause, la prise en charge de l'*organisme assureur* est limitée aux frais réellement engagés.

3.5. Garanties arrêt de travail

3.5.1. Maintien de salaire

Objet de la garantie

L'*organisme assureur* couvre le maintien de salaire.

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'indemnités couvrant en tout ou partie des obligations conventionnelles de maintien de salaire à l'*assuré* dans l'entreprise.

S'agissant d'un financement de maintien de salaire à la charge exclusive du *souscripteur*, c'est-à-dire résultant des dispositions du Code du Travail ou d'un accord collectif, la garantie ne confère aucun avantage complémentaire aux *assurés* : la couverture de ce risque ne bénéficiera pas du cadre social et fiscal propre aux garanties de prévoyance complémentaire.

Les arrêts de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion ne font pas l'objet d'une prise en charge par l'*organisme assureur*.

Montant de la garantie

Le montant, la durée et le point de départ des indemnités versées par *l'organisme assureur* figurent au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières

Il est tenu compte des indemnités déjà perçues par *l'assuré* durant les 12 mois antérieurs, de telle sorte que si plusieurs arrêts de travail pour maladie ou accident ont été indemnisés au cours de ces 12 mois, la durée totale d'indemnisation ne dépasse pas celle auquel il a droit.

Modalités de versement

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail, ouvrant droit pour *l'assuré* à un maintien de salaire au titre des obligations légales ou conventionnelles du *souscripteur*, doit être déclaré par le *souscripteur* à *l'organisme assureur* avec la déclaration d'arrêt de travail et les décomptes de paiement d'indemnités journalières de la Mutualité sociale Agricole (MSA) depuis l'arrêt de travail.

Pour les salariés non indemnisés par la Mutualité sociale Agricole (MSA) au motif de droits non ouverts, doit être adressée en complément de la déclaration d'arrêt de travail, une attestation médicale sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de *l'organisme assureur*, lui permettant de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite des droits à prestation. Le médecin conseil se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Les indemnités journalières sont versées directement au *souscripteur*.

Contrôle Médical

En cas de refus d'un salarié de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Mutualité sociale Agricole (MSA), le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

Cessation de la prestation

Les prestations cessent à la date à laquelle survient le premier des événements suivants :

- du jour où la Mutualité sociale Agricole (MSA) cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou conseil de *l'Organisme Assureur*,
- cessation pour le *souscripteur* de son obligation de maintenir le salaire en application de dispositions légales ou conventionnelles,
- cessation du contrat de travail de *l'assuré*,
- au jour où *l'assuré* est dans l'impossibilité de pouvoir justifier de sa situation médicale,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Mutualité sociale Agricole (MSA) de *l'assuré* (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- au jour du décès de *l'assuré*.

■ Définition des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente ont pour objet d'indemniser les *assurés*, contraints par suite de *maladie* ou d'*accident*, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». aux arrêts de travail :

- constatés médicalement et que *l'organisme assureur* reconnaît,
- ouvrant droit aux prestations en espèces de la Mutualité sociale Agricole (MSA) .

Les prestations en espèces de la *sécurité sociale* s'entendent comme celles versées au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des *maladies* professionnelles

Les congés de maternité (y compris les 14 jours de congé pathologique), de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

3.5.2. Garantie incapacité temporaire de travail

■ Définition

Tout *assuré* cessant son travail par suite de *maladie* ou d'*accident* est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Mutualité sociale Agricole (MSA) au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Le montant des indemnités journalières mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières est exprimé en incluant les indemnités journalières brutes de la Mutualité sociale Agricole (MSA).

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention ou de l'accord collectif qui lui est applicable.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par Mutualité sociale Agricole (MSA).

Les modalités de calcul de l'Indemnité journalière versée par la Mutualité sociale Agricole (MSA) sont identiques à celle d'un arrêt maladie.

Le montant de l'Indemnité journalière versée par la Mutualité sociale Agricole (MSA); ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées à l'employeur et deviennent un élément de salaire, l'*organisme assureur* étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'*assuré*.

Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières est versé directement à l'*assuré* et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

■ Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre VIII « Pièces justificatives »

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute :

- à compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée
- dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'arrêt consécutif à un accident du travail, de trajet, ou de maladie professionnelle.

A condition:

- d'avoir justifié dans les 48 heures de cette absence à son employeur et à la Mutualité sociale Agricole (MSA);
- d'être pris en charge par la Mutualité sociale Agricole (MSA) ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres états membres de l'Union Européenne ou dans l'un des autres Etats ressortissants de l'Espace économique européen.

La gestion des indemnités journalières est subdéléguée auprès de la CCMSA (Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole). Elle fait l'objet d'une convention nationale de gestion entre la CCMSA et l'*organisme assureur*.

Le délai de franchise retenu par l'employeur est précisé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les indemnités journalières dues au titre du présent contrat, cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature, ne doivent pas conduire à verser à l'*assuré* un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

■ Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Mutualité sociale Agricole (MSA) continuent à être versées **dans la limite fixée à l'article 3.7.5. « Règle de cumul »**.

■ Rechute

La rechute est constatée si l'*assuré* reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'*organisme assureur* et qu'il doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale moins de deux mois après la reprise du travail,

Dans ce cas et si les prestations de la Mutualité sociale Agricole (MSA) sont versées, l'*organisme assureur* n'appliquera pas de nouvelle période de franchise

Pour les *affections de longue durée* le délai de deux mois est porté à six mois.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenu pour le calcul des prestations.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les indemnités journalières cessent d'être versées** :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Mutualité sociale Agricole (MSA); y compris en cas de suspension,
- le jour de la reprise du travail de l'*assuré* sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'*assuré* ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,
- en tout état de cause au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail, sauf prolongation en cas de reprise à temps partiel thérapeutique, dans la limite d'un an,
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de l'*assuré*,
- à la date du refus de l'*assuré* de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*organisme assureur* conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par la Mutualité sociale Agricole (MSA), sauf lorsque l'*assuré* est en cumul emploi-retraite,
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.5.3. Garantie invalidité ou incapacité permanente

■ Définition

Une rente d'invalidité peut être attribuée 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).

L'*assuré* est considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'*accident* ou de *maladie*, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'*organisme assureur*, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'*organisme assureur* et par la Mutualité sociale Agricole (MSA) dans l'une des catégories d'invalidité, selon les critères définis par le Code de la Sécurité sociale, telles que rappelées ci-dessous :
 - Invalidité de 2e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3e 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 bénéficiant par ailleurs d'une pension de 2^e ou 3^e catégorie par la Mutualité sociale Agricole (MSA) ;

- 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 soit au moins égal à 66 %, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale.

L'*assuré* doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Mutualité sociale Agricole (MSA).

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2e catégorie de la Mutualité sociale Agricole (MSA). La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3ème catégorie de la Mutualité sociale Agricole (MSA).

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 Mutualité sociale Agricole (MSA) et peut 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.

■ Paiement et durée des prestations

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 Mutualité sociale Agricole (MSA). Ces dispositions sont précisées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'*assuré* mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

La rente d'invalidité ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières que l'*assuré* percevait avant la décision de la Mutualité sociale Agricole (MSA) au titre de l'incapacité temporaire prévue dans le présent contrat.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et du présent régime de prévoyance ne peut excéder le salaire net perçu par l'*assuré* en activité.

La gestion des rentes est subdéléguée auprès de la CCMSA (Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole). Elle fait l'objet d'une convention nationale de gestion entre la CCMSA et l'*organisme assureur*.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les rentes d'invalidité cessent d'être versées** :

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Mutualité sociale Agricole (MSA) 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 ou d'incapacité permanente au sens du contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*organisme assureur* conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par la Mutualité sociale Agricole (MSA),
- à la fin du trimestre au cours duquel l'*assuré* atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein de la Mutualité sociale Agricole (MSA) (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime obligatoire continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.6. Exclusions

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	Décès ⁽¹⁾	Incapacité temporaire de travail – invalidité
▪ de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide) ;	●	●
▪ de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;	●	●
▪ d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;	●	●
▪ de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;	●	●
▪ d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées à l'article 1.3.3. « Obligations liées à la territorialités » ;	●	●
▪ pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone ;	●	●
▪ de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire ;	●	●
▪ des conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si le participant est en état de légitime défense ;		●
▪ de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices ;		●

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	Décès ⁽¹⁾	Incapacité temporaire de travail – invalidité
d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, l'assuré avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R. 234-1 du Code de la route, si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;		●
d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'évènement ;		●
- de la navigation aérienne de l'assuré : - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même, - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué ; - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé ;		●
de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ;		●
de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;		●
de la pratique de sports à titre professionnel ;		●
de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de Sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité ;		●
d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de Sécurité affichées ou annoncées ;		●
d'activités professionnelles dans les airs sous la mer et/ou sous la terre.		●

⁽¹⁾ Décès = Garanties décès toutes causes, Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, frais d'obsèques.

3.7. Prestations

3.7.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations versées par l'*organisme assureur*.

Elle est identique à la base de calcul des cotisations et correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* des douze mois civils ayant précédé l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence).

Elle est limitée aux tranches de salaires tel que définies au lexique.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Si la durée de travail de l'*assuré* évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestation.

Pour les *assurés* bénéficiant de la *portabilité* ou d'un maintien de garantie à la suite d'une cessation du contrat de travail sans maintien de rémunération, la période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail.

Si la rémunération brute est fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale, les prestations sont calculées sur la base du plafond en vigueur au jour de l'évènement concerné.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité permanente ou du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 3.7.7. « Revalorisation ».

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues au contrat

Lorsque les prestations sont liées à la situation de famille de l'*assuré*, les personnes suivantes sont retenues pour le calcul des prestations :

- Le *conjoint*, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin,
- Les *enfants à charge* au jour de l'évènement.

3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

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

Le versement des prestations est conditionné à la réception préalable par l'assureur de toutes les pièces justificatives.

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.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'*organisme assureur* dans les **trente jours** :

- qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

La transmission hors délais des pièces déclaratives peut constituer un préjudice certain à l'*organisme assureur*.

Dans ce cas ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

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.

3.7.4. Contrôle médical

L'*organisme assureur* peut procéder via un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'*assuré* afin de bénéficier des prestations prévues au contrat ou de poursuivre leurs effets, lorsque les prestations sont liées à l'état de santé.

Les médecins missionnés par l'*organisme assureur* doivent pouvoir constater l'état de santé de l'*assuré* à toute période.

Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

- au lieu de traitement,
- ou tous les jours ouvrables, au domicile,
- de l'*assuré* en état d'incapacité ou d'invalidité.

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 information de l'*assuré* et du *souscripteur*. Lors du contrôle médical, l'*assuré* a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre représentant.

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* et au *souscripteur* 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 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 ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'*assuré*, ou tout représentant 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 finance 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.

3.7.5.Règle de cumul

Les prestations versées par l'*organisme assureur* au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'*assuré*. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

Au titre de la règle de cumul, chacun des éléments ci-dessous est retenu pour son montant net quel que soit le destinataire du paiement.

De ce fait, le cumul des éléments versés :

- Par l'*organisme assureur*,
- Par la Mutualité sociale Agricole (MSA) (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- Par tout autre organisme,
- Le cas échéant, par Pôle Emploi,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le *souscripteur* ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net (communiqué à l'*organisme assureur* en même temps que la déclaration d'arrêt de travail) **de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat.**

Le cas échéant, les prestations versées par l'*organisme assureur* sont réduites d'autant.

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

Les indemnités journalières versées par la Mutualité sociale Agricole (MSA) peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente *accident* du travail ou *maladie* professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'*organisme assureur* ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6. Plafonds de garantie

Au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie, le cumul des prestations versées par l'*organisme assureur* pour un même *assuré* **ne peut excéder quatre-vingts fois le plafond annuel de la Sécurité sociale**. Dans cette limite, sont compris les capitaux garantis, et le cas échéant les capitaux constitutifs des rentes à servir.

Ces derniers sont calculés sur la base :

- Des tables de mortalité réglementaires TGH TGF 05 auxquelles s'ajoute, pour les rentes éducation, la loi de poursuite d'étude propre à l'*organisme assureur* (qu'il tient à disposition sur simple demande).
 - Du taux d'intérêt technique,
- en vigueur à la date du décès.

En cas de dépassement du plafond précité, et sous réserve que les garanties soient souscrites, le différentiel viendrait en déduction des prestations du Capital décès toutes causes.

3.7.7.Revalorisation

■ Revalorisation des prestations décès

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie au titre VIII « Pièces justificatives », la prestation, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

■ Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations de base peuvent être revalorisées au 1er juillet qui suit la date anniversaire de la prestation, et ensuite tous les ans à cette même date.

Sont concernées :

- Les indemnités journalières
- La rente d'invalidité

L'unité de référence est égale au taux de revalorisation déterminé le cas échéant chaque année par le conseil d'administration. Le Conseil d'administration peut décider chaque année de limiter le niveau de revalorisation des prestations périodiques en cours de service (incapacité temporaire - invalidité), en fonction du fonds de revalorisation de l'*organisme assureur* et des résultats financiers de l'*organisme assureur*.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

■ Revalorisation de la base des prestations en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail ou en invalidité

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie à la suite d'un arrêt de travail, la rémunération de base est revalorisée :

- dès le 1^{er} juillet qui suit la date d'arrêt de travail,
- dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur :
 - à la date du décès ou à la date de l'exigibilité du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, et
 - à la date d'arrêt de travail.

3.7.8. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, l'*organisme assureur* verse les prestations aux *bénéficiaires* après déduction des prélèvements (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).

3.8. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, l'accord de prévoyance institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 alinea I du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions de l'Accord départemental du 5 avril 2022, à 1 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre du contrat d'assurance du régime de prévoyance.

TITRE 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

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*,
 - o ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

En dehors des cas visés ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

Les *assurés* peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise.

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*organisme assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Si l'*assuré* ne demande pas le maintien de ses garanties, elles seront suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, les garanties incapacité invalidité ne s'appliquent que si la Mutualité sociale Agricole (MSA) verse des prestations à ce titre à l'*assuré* concerné.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré* jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation des *assurés* restent à payer. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties (*portabilité*).

Le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,
 - ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

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

Les prestations sont versées directement à l'*assuré*.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- la cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause,
- la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de *maladie* ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (régime obligatoire compris) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage perçues au titre de la même période.

En cas de modifications du *contrat d'assurance*, celles-ci sont appliquées à l'ancien salarié.

TITRE 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties pour tous les *assurés* sous réserve des dispositions ci-après.

Le *souscripteur* est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, le *souscripteur* doit en informer l'ensemble des *assurés*.

5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la *portabilité* (article 5 « Loi Evin »)

Les *assurés* concernés peuvent demander à l'*organisme assureur* dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation du contrat à bénéficier de garanties à titre individuel. Ce maintien est accordé moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

5.2. Prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

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.

5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

Les garanties décès sont maintenues aux *assurés* se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail ou en invalidité à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'*assuré* (frais d'obsèques).

Le maintien de ces garanties porte sur la base de calcul des prestations, revalorisée conformément au contrat (article 3.7.7) jusqu'à la date de résiliation du contrat.

Ce maintien de garantie cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes.

Toutefois, si la garantie incapacité temporaire de travail – invalidité permanente est souscrite chez un autre *organisme assureur* le maintien de la garantie décès est subordonné à la fourniture de la preuve de la couverture effective de l'arrêt de travail. Ce justificatif doit être fourni au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de résiliation. A défaut, les garanties décès ne seront pas maintenues.

5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

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 ,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service (article 5.3) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 5.4), continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

5.5. Obligations du *souscripteur* du fait de la résiliation

En cas de changement d'*organisme assureur*, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

- les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente , et
- les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,

seront revalorisées par le nouvel *organisme assureur*.

Il lui appartient également de s'assurer que le nouvel organisme prendra en charge le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* pour la période de droits restant à couvrir.

TITRE 6. Cotisations

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le *souscripteur* verse à l'*organisme assureur*. Elle correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* dans la limite des tranches de salaire.

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.

Pour les *assurés* en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentage de la base de calcul des cotisations et sont mentionnés au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

6.2. Modalités de paiement

Les cotisations annuelles exprimées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières (y compris les taxes présentes ou futures et les contributions éventuelles) sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours suivant chaque échéance.

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul à partir de la fiche de paramétrage DSN et à leur versement aux échéances prévues.

Le *souscripteur* doit respecter les obligations mentionnées à l'article 1.3.2. « Les autres obligations et pièces justificatives ».

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré*.

6.3. Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au *souscripteur*.

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

Les *sinistres* intervenant pendant la suspension des garanties ne seront pas pris en charge si les cotisations ne sont pas réglées et que le contrat est résilié.

La résiliation met fin aux garanties selon les modalités prévues au titre 5 « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des *assurés* restent dues. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

TITRE 7. Références légales

7.1. 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.

7.2. Déchéance

Le *bénéficiaire* qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'*assuré* est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres *bénéficiaires*.

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*.

7.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire* intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du *bénéficiaire* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire*.

La prescription est fixée à :

- deux ans pour l'invalidité
- à cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail.
- à dix ans pour le risque décès si le *bénéficiaire* n'est pas l'*assuré* et, dans les opérations relatives à la couverture du risque *accident*, lorsque les *bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*assuré* en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du *bénéficiaire* sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de 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 avec avis de réception lorsque l'*organisme assureur* s'adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque l'*assuré* ou le *bénéficiaire* s'adresse à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.4. Subrogation

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.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* doit être informé par l'*assuré* victime, le *bénéficiaire* ou leurs ayants-droit.

7.5. Réclamation –médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le *souscripteur* et les *assurés* 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 ou 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.

7.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.7. 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 désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

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

- la souscription, la gestion, 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 organismes 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 s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'*assuré* et des *bénéficiaires* pour d'autres finalités que celles précitées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com 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. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

7.8. **Autorité de contrôle**

L'*organisme assureur* est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

TITRE 8. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

L'*organisme assureur* se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire pour procéder au versement des prestations y compris après paiement de celles-ci. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'*organisme assureur*.

Sous réserve que les garanties soient souscrites, 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...	Décès toutes causes	PTIA toutes causes	Frais d' obsèques	Invalidité – incapacité permanente
▪ <u>Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur</u> et complétée par le <i>souscripteur</i> certifiant que l'<i>assuré</i> 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 (article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »).	•	•	•	•
▪ Extrait d'acte de décès du défunt	•		•	
▪ Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	•		•	
▪ Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	•			
▪ Toutes pièces justifiant valablement la qualité <i>d'enfant à charge</i> à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'<i>assuré</i>, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi)	•	•	•	•
▪ Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'<i>assuré</i> ou au <i>bénéficiaire</i> : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du <i>bénéficiaire</i> chaque année				•
▪ Copie de la pièce d'identité du <i>bénéficiaire</i> en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	•	•	•	•
▪ Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		•		•
▪ Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'<i>assuré</i> en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 66 %		•		•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	PTIA toutes causes	Frais d' obsèques	Invalidité – incapacité permanente
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		•		•
Facture acquittée			•	
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit				•
- 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.				•
Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (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				•
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				•
Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66 %.				•
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i>				•
RIB des bénéficiaires	•	•	•	•
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•	•	
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.				•



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

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 20498

PREVOYANCE et MAINTIEN DE SALAIRE – Production agricole des Deux Sèvres et de la Vienne