

ASSURANCE PREVOYANCE et MAINTIEN DE SALAIRE

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale,

N° agrément ACPR : 3120012

Produit : Accord départemental production agricole des Deux Sèvres et de la Vienne



Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de prestations seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Prévoyance « Accord départemental production agricole des Deux Sèvres et de la Vienne » est un contrat collectif obligatoire du régime conventionnel complété le cas échéant par le contrat d'assurance « Maintien de salaire », souscrit(s) par une entreprise relevant de l'accord départemental, destiné à couvrir les salariés non cadres en cas de décès et d'arrêt de travail en complément des prestations de la Mutualité Sociale Agricole(MSA), et le cas échéant à transférer tout ou partie des obligations légales et conventionnelles de maintien de salaire de l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident des salariés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations peuvent varier en fonction du salaire de référence, de la catégorie de personnel et de la situation personnelle du salarié. Ils viennent compléter ceux versés par la MSA. En tout état de cause, les montants ne peuvent être plus élevés que le salaire qu'aurait perçu le salarié s'il avait été en mesure de travailler (excepté pour les garanties en cas de décès).

Garanties systématiquement prévues :

✓ GARANTIES DÉCÈS :

- capital décès :

- **décès « toutes causes » ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) :** en cas de décès de l'assuré ou de perte totale et irréversible d'autonomie, quelle qu'en soit la cause, versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), dont le montant est indépendant de la situation familiale du salarié. Ce capital est majoré pour chaque enfant à charge de l'assuré.
- **frais d'obsèques :** en cas de décès de l'assuré versement d'un capital à la personne qui a engagé les frais d'obsèques de l'assuré.

✓ GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL :

- **Incapacité temporaire de travail :** en cas d'Incapacité Temporaire de Travail, versement d'une prestation sous forme d'indemnités journalières complémentaires à celles de la MSA,
- **Incapacité – incapacité permanente professionnelle :** en cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou en cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux au moins égal à 66 % de l'assuré, versement d'une prestation sous forme de rente complémentaire à celle servie par la MSA afin de compenser la perte de salaire.
- **Maintien de salaire :** en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de la vie courante des salariés, l'organisme assureur verse à l'employeur des indemnités journalières en complément de celles versées par la MSA. **Cette garantie ne bénéficie pas du cadre social et fiscal propre aux garanties de prévoyance complémentaire.**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?



- Les frais de soins de santé liés à la perte d'autonomie
- L'état de dépendance
- Tout sinistre survenu en dehors de la période de validité du contrat



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

Les sinistres résultants des faits suivants

- ! de faits intentionnellement 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, 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,
- ! 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 ;

Principales restrictions :

- ! **Incapacité temporaire de travail :** application d'un délai de franchise en relais et complément du maintien de salaire pour les salariés suivant la durée de l'arrêt.
- ! **Incapacité permanente professionnelle :** aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux est, ou devient inférieur à 66%.
- ! Tout versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité qui conduirait l'assuré à percevoir une indemnisation supérieure à ce qu'il aurait perçu s'il avait été en mesure de travailler.
- ! **Maintien de salaire :** La période de versement des indemnités prend effet au terme de 3 jours de franchise continue en cas de maladie et accident de la vie privé.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France.
- ✓ A l'étranger (lors de déplacements privés ou professionnels de moins de 3 mois, ou à l'occasion d'un détachement).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle tant que ces informations ne sont pas transmises et traitées par les flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) :

A la souscription :

L'entreprise 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, si l'assuré exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé, ou si l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite ».
- les formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

Le souscripteur 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, les bénéficiaires de rente d'éducation et/ou rente de conjoint en cours de service.

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

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque salarié la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

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 assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « 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 assureur dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date prévue dans celui-ci.

- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le contrat, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant le supplément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Pour le versement des prestations :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires aux paiements des prestations dans les délais prévus.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 15 jours qui suivent l'échéance.

L'entreprise souscriptrice est seule responsable du paiement des cotisations.

Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire, ou par la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié au 31 décembre 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 par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par tout autre moyen prévu par le contrat. La notification doit être envoyée à l'assureur au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.