

ASSURANCE PREVOYANCE

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 : Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966



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 « Convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 » est un contrat collectif obligatoire, souscrit par une entreprise relevant de la Convention collective des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (IDCC 0413) destiné à couvrir les salariés en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès en complément de la Sécurité sociale française.



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. 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 :

- ✓ **Décès / Invalidité absolue et définitive (IAD) toutes causes :** Versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès du salarié ou au salarié lui-même en cas d'IAD **Double effet** : versement d'un capital aux enfants à charge définis au contrat, par parts égales entre eux, en cas de décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS du salarié simultanément ou postérieur au décès du salarié.
- ✓ **Rente éducation :** versement, d'une rente temporaire d'éducation, en cas de décès ou d'IAD du salarié, à chaque enfant à charge défini au contrat.
- ✓ **Rente substitutive de conjoint :** versement d'une rente de conjoint, en cas de décès ou d'IAD du salarié, au conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS du salarié si le salarié n'a pas d'enfant à charge.
- ✓ **Rente handicap :** versement d'une rente viagère handicap, en cas de décès ou d'IAD de l'assuré à chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale définies au contrat.
- ✓ **Incapacité temporaire de travail :** versement d'indemnités journalières en cas d'inaptitude temporaire à l'exercice de l'activité professionnelle faisant suite à une maladie ou à un accident constaté par un médecin, complémentaires ou non à celles de la Sécurité sociale.
- ✓ **Invalidité :** versement d'une prestation complémentaire d'invalidité en cas de réduction de la capacité de travail ou de gain faisant suite à une maladie ou un accident de la vie courante constaté par un médecin et ouvrant droit à la perception d'une rente ou d'une pension versée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Incapacité permanente professionnelle (IPP) :** versement d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale en cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel.

Garanties optionnelles :

Décès / IAD / IPP d'un taux égal ou supérieur à 80% : Versement d'un capital supplémentaire aux bénéficiaires en cas de décès de l'assuré, ou bien à l'assuré lui-même en cas d'IAD ou d'IPP supérieur ou égal à 80 %.

Double effet : versement d'un capital supplémentaire aux enfants à charge, par parts égales entre eux, en cas de décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS du salarié simultanément ou postérieur au décès du salarié.

Rente viagère ou temporaire de conjoint : versement d'une rente de conjoint en cas de décès ou d'IAD ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré.

Incapacité temporaire de travail : versement d'indemnités journalières supplémentaires aux assurés qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident d'ordre professionnel ou non, prise en charge ou non par la Sécurité sociale.



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 :

- ! Tous fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- ! La guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve et conditions déterminées par la législation à venir,
- ! La guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- ! Les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation nucléaire,
- ! Les actes effectués sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- ! L'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.
- ! Le suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'affiliation.

Principales restrictions :

- ! Délai de franchise en cas d'incapacité temporaire,
- ! 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.



Où suis-je couvert ?

✓ En France et à l'étranger



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle, le souscripteur doit :

A la souscription :

- Remplir avec exactitude et signer le contrat d'adhésion.
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés ainsi que les formulaires de désignation du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par la Déclaration Sociale Nominative (DSN).
- Remplir le cas échéant, le formulaire « déclaration reprise de passif » précisant les sinistres en cours.
- Fournir à l'organisme assureur la liste des salariés, membres de la catégorie assurée, appelés à bénéficier du contrat.
- Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 30 jours à l'organisme assureur.
- S'engager à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

En cours de contrat :

- Transmettre à la fin des trois premiers trimestres le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre, ainsi que la modification de leur situation familiale, si celle-ci a changé, tant que ces informations ne sont pas transmises par le souscripteur ni traitées par l'organisme assureur par les flux DSN..
- 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.
- Déclarer tout sinistre à l'organisme assureur.

Pour le versement des prestations :

- Fournir à l'organisme assureur tous documents justificatifs nécessaires aux paiements des prestations dans les délais prévus.



Quand et comment effectuer les paiements

La cotisation, calculée annuellement, est payable trimestriellement à terme échu.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique 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 d'adhésion 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'organisme assureur ou le souscripteur 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. La notification doit être envoyée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.