

Convention collective nationale du 15 mars 1966

(Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées)

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
Garanties de base**

Conditions générales Prévoyance n°9541/1

Édition janvier 2021

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS GENERALES	5
CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT	5
1. Objet du contrat	5
2. Intervenants au contrat	5
CHAPITRE II PRISE D'EFFET, DUREE, OBLIGATION DES PARTIES, REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT	5
3. Prise d'effet, durée et renouvellement	5
4. Obligation de l'organisme assureur	6
5. Obligation du souscripteur	6
6. Révision du contrat	7
7. Résiliation	8
CHAPITRE III ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	8
8. Engagements de l'organisme assureur	8
9. Financement de la prise en charge des sinistres en cours	10
CHAPITRE IV DUREE DES GARANTIES	10
10. Modalités et prise d'effet de l'affiliation	10
11. Terme des garanties	10
12. Suspension des garanties	10
13. Maintien des garanties	11
CHAPITRE V COTISATIONS	14
14. Base de calcul, taux et révision des cotisations	14
15. Conditions de paiement des cotisations	14
16. Exonération du paiement des cotisations	14
17. Défaut de paiement des cotisations	14
CHAPITRE VI PRESTATIONS	15
18. Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	15
19. Principe indemnitaire	15
20. Revalorisations	16
21. Risques exclus et les causes de déchéance	17
CHAPITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES	17
22. Contrôles	17
23. Litiges Médicaux	18
24. Réclamations et litiges	18
25. Organisme de contrôle	18
26. Protection des données	18
27. Prescription	20
28. Fausse déclaration	20
29. Subrogation	20

30.	Territorialité	21
TITRE 2 CONDITIONS GENERALES PAR GARANTIE		22
CHAPITRE VIII DEFINITIONS		22
CHAPITRE IX CAPITAL DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE		23
31.	Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes	23
32.	Garantie double effet	23
33.	Bénéficiaires des prestations	23
34.	Conditions de règlement des prestations	24
CHAPITRE X GARANTIE RENTE ÉDUCATION		24
35.	Rente éducation	24
36.	Bénéficiaires de la prestation	25
37.	Rente temporaire substitutive de conjoint	25
38.	Conditions de règlement des prestations	25
39.	Terme de l'indemnisation	25
CHAPITRE XI GARANTIE RENTE HANDICAP		26
40.	Objet de la garantie	26
41.	Montant de la rente	26
42.	Reconnaissance de l'état de handicap	26
43.	Conditions de règlement des prestations	26
44.	Terme de l'indemnisation	27
CHAPITRE XII GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE		27
45.	Objet de la garantie	27
46.	Point de départ de l'indemnisation	27
47.	Montant des prestations garanties	27
48.	Terme de l'indemnisation	28
49.	Rechute	28
50.	Conditions de règlement des prestations	28
CHAPITRE XIII GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE		29
51.	Garantie invalidité	29
52.	Garantie incapacité permanente professionnelle	29
53.	Point de départ du service des prestations	30
54.	Terme de l'indemnisation	30
55.	Conditions de règlement des prestations	30
ANNEXE 1		32
PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS		32
ANNEXE 2		34
MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE		34
L'accompagnement social est à vos côtés		35

PRÉAMBULE

Le contrat collectif à adhésion obligatoire mettant en œuvre le régime de prévoyance tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n°357 du 11 septembre 2020 est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières et/ou contrat d'adhésion obligatoirement joints.

Les présentes conditions générales définissent les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justifications à fournir ainsi que les obligations des parties contractantes ; elles comprennent les clauses édictant les clauses de nullité, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières et/ou le contrat d'adhésion définissent, notamment, la date de prise d'effet du contrat, les catégories de salariés assurées et les taux de cotisation appliqués.

Seules les entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 peuvent souscrire le présent contrat.

CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT

1. Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 2 ci-après des garanties de prévoyance définies au titre II des présentes conditions générales.

Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières et/ou contrat d'adhésion obligatoirement joints, ces derniers prévalant sur les conditions générales.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières et/ou contrat d'adhésion organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 2.

2. Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

- Les organismes assureurs :

Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181 et dont le siège social est à PARIS (75009), 21 rue Laffitte,

dénommé ci-après « **l'organisme assureur** » ;

l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'Institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75008), 17 rue de Marignan, assureur des garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap.

Malakoff Humanis Prévoyance gère les garanties « rente éducation », « rente substitutive de conjoint » et « rente handicap » au nom et pour le compte de l'OCIRP.

- Le souscripteur : La personne morale signataire des conditions particulières et/ou contrat d'adhésion, relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de travail du 15 mars 1966 (établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées),
- Les assurés : L'ensemble des salariés cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, et l'ensemble des salariés non cadres, c'est à dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, sous contrat de travail et affiliés au régime général de la Sécurité sociale, dûment affiliés au contrat.

L'affiliation des salariés tels que définis ci-dessus présente un caractère obligatoire.

CHAPITRE II PRISE D'EFFET, DUREE, OBLIGATION DES PARTIES, REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT

3. Prise d'effet, durée et renouvellement

Le présent contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières et/ou au contrat d'adhésion et au plus tôt au jour de la prise d'effet de l'avenant n° 347 du 21 septembre 2018.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Le présent contrat est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par le souscripteur ou par l'organisme assureur dans les conditions définies à l'article 7.

4. Obligation de l'organisme assureur

L'organisme assureur s'engage à établir une notice d'information, destinée à chaque salarié, qui définit les garanties prévues par le présent contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

5. Obligation du souscripteur

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies au présent contrat.

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information établie par l'organisme assureur. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, par voie d'avenant ou lettre avenant au présent contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit et de lui remettre une notice dûment actualisée en cas de modification de celle-ci, ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et des informations relatives aux modifications apportées au présent contrat incombe au souscripteur.

Le souscripteur s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées aux présentes Conditions Générales.

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant l'événement les pièces suivantes :

5.1 A la souscription

- Un état nominatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle indiquant pour chaque intéressé :
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - sa date d'embauche ;
 - sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin, pacsé et nombre d'enfants à charge) telle que connue et déclarée auprès du souscripteur ;
 - son salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale visé à l'article 14.1 ci-après
 - s'il est en situation de cumul emploi-retraite.

L'état nominatif doit mentionner également les salariés en congé de maternité, paternité ou adoption, et ceux dont le contrat de travail est suspendu en précisant les dates de suspension.

Cet état peut être remplacé par les informations transmises via la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de sa signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet.

- Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés en activité ou en arrêt de travail se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant),
 - les salariés et les anciens salariés, bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.
- Un état nominatif par catégorie professionnelle des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :
- son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - la date de cessation de son contrat de travail ;
 - le salaire annuel brut soumis aux cotisations de de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
 - la période de maintien de garanties.

5.2 En cours d'exercice

- Entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues à l'article 5.1. ;
- Sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- Modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 5.1.avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- Un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.
- Toute situation de cumul emploi-retraite du personnel assurable, dans un délai de 30 jours à compter de la survenance de la situation ou de nouvelle entrée de salarié assuré concerné.

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, ces états doivent être transmis au plus tard dans le mois suivant l'événement.

5.3 En cas de changement de périmètre

Le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements, ou de changement de convention collective applicable.

En cas de modification du périmètre à couvrir, notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération de restructuration assimilée (apport partiel d'actifs, rachat ou reprise d'établissement notamment), le souscripteur devra transmettre, au plus tard dans le mois suivant cet événement une liste des personnes se trouvant, au jour de la date de cette opération ou de la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 5.1 et survenues antérieurement à cette date.

5.4 A chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 5.1 ci-dessus.

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

6. Révision du contrat

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de prise d'effet du présent contrat. Les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du présent contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur.

Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par l'organisme assureur au souscripteur et sera formalisée par voie de lettre-avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations, le souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent la réception dudit courrier, **en envoyant sa demande de résiliation** par l'un des moyens exposés à l'article 7 « Résiliation ». Le contrat est alors résilié dans les 10 jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les 30 jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée 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 l'avenant ou de la lettre-avenant ou de la résiliation du présent contrat, les prestations demeurent calculées sur la base des dispositions légales, réglementaires et/ou conventionnelles en vigueur.

7. Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à chaque échéance annuelle à la demande du souscripteur ou de l'organisme assureur, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant cette échéance, soit avant le 31 octobre précédant la date de son renouvellement.

Le souscripteur peut effectuer 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 par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

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

Par ailleurs, en cas de défaut de paiement des cotisations, le contrat peut être résilié dans les conditions définies à l'article 17 ci-après.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la Convention Collective Nationale de travail du 15 mars 1966, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise.

CHAPITRE III ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

8. Engagements de l'organisme assureur

Conformément aux dispositions relatives à la prise en charge des sinistres en cours prévues par l'avenant n° 335 du 4 décembre 2015 et en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 5.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

8.1 Concernant les salariés en arrêt ou en activité se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle le jour de la date d'effet du contrat, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant et sous réserve d'une décision favorable du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur), et non assurés pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective, ou assurés uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

L'organisme assureur leur garantit, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à prise en charge intégrale des garanties définies aux conditions générales.

8.2. Concernant les salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat

➤ ***En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle et décès***

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie,
- l'éventuel différentiel entre les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat.

➤ ***En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et rentes d'incapacité permanente professionnelle***

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à la date d'effet du contrat aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le droit à la prise en charge des garanties décès définies aux présentes conditions générales,
- l'éventuel différentiel entre les garanties invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celles du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat.

➤ ***En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et décès***

L'organisme assureur garantit dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le droit à la prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie aux présentes conditions générales,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie,
- le montant de la prestation invalidité du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie, s'ils perçoivent des indemnités journalières complémentaires.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat.

8.3. Concernant les bénéficiaires de rentes éducation, rentes handicap et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du contrat

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à la date d'effet du contrat les revalorisations futures des rentes en cours de service le jour de la date d'effet du contrat aux bénéficiaires dont les droits aux prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat.

Les bénéficiaires de ces dispositions sont les personnes déclarées par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 5.1., dont la liste figure en annexe aux conditions particulières ou/et au contrat d'adhésion.

9. Financement de la prise en charge des sinistres en cours

La prise en charge des sinistres en cours est conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique par le souscripteur. Son financement sera formalisé aux conditions particulières et/ou au contrat d'adhésion.

Lors d'un transfert de salariés dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération assimilée, ou d'un rachat ou une reprise d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 5.3, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE IV DUREE DES GARANTIES

10. Modalités et prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des salariés prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés sous contrat de travail à cette date,
- soit à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,

sous réserve d'avoir été déclaré à l'organisme assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

11. Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 13.2, 13.3 et 13.4 ci-après, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),

et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

12. Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant la reprise de travail. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

À compter du deuxième mois de suspension du contrat de travail (en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous), ces salariés peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties décès, IAD, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap dans les conditions définies en annexe 2.

13. Maintien des garanties

13.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 16.

Les garanties sont également maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève et pour ceux bénéficiant d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif dans les conditions indiquées ci-dessus.

13.2. Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

À la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, les assurés restent garantis dans les limites prévues aux conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail avec le souscripteur, dès lors qu'ils bénéficient à ce titre des prestations du présent contrat ou que leurs droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail.

13.3. Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du présent contrat

Le bénéfice des garanties en cas de décès est maintenu pour les salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du présent contrat, y compris pour les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat ou à la date de cessation du contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, dans les conditions définies à l'article « Revalorisations ».

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation du présent contrat.

L'organisme assureur pourra proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

13.4. Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au présent contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

13.4.1. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage (attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et attestation d'indemnisation par le régime d'assurance, étant précisé que ce dernier document n'est pas demandé si la demande de prestation intervient pendant une période de délai d'attente ou de différé d'indemnisation par Pole emploi), à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

13.4.2. Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme assureur par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 5, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat bénéficient du maintien des garanties définies au présent contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage et la période de carence n'ont pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits de la portabilité.

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 13.4.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré. Les organismes assureurs remboursent, *pro rata temporis*, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.

Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 13.4.1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

13.4.3. Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du présent contrat. À ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

13.4.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur avant la cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire brut fixe ayant servi d'assiette aux cotisations du présent contrat au cours des douze mois civils, majoré des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues ayant donné lieu à cotisation au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite), précédant la date de cessation de votre contrat de travail, et hors sommes de toute nature liées à la cessation de votre contrat de travail.

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

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est entièrement reconstitué.

Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise incapacité temporaire de travail, les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituée viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité. De même, pour les anciens salariés qui ne satisfaisaient pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue est calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

Cumul des prestations

En tout état de cause, les droits garantis par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

13.4.5. Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du présent contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

13.4.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE V COTISATIONS

14. Base de calcul, taux et révision des cotisations

14.1. Base de calcul des cotisations

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches de salaire mentionnées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion. On entend par :

- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond ;
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ce salaire comprend les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite...).

Pour les salariés placés en activité partielle en application de l'article L. 5122-1 du Code du travail, la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif d'activité partielle.

Les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaires mentionnées ci-avant.

14.2. Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières et/ou contrat d'adhésion en pourcentage de la base de calcul des cotisations telle que définie ci-avant.

14.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'organisme assureur en fin d'exercice et peuvent être modifiés en fonction des résultats techniques du contrat, outre les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel prévues aux dispositions de l'article 6 « Révision du contrat ».

15. Conditions de paiement des cotisations

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur à l'organisme assureur, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.

Le règlement est accompagné, en retour, de l'avis d'appel de cotisations adressé par l'organisme assureur, et dûment complété par le souscripteur, sauf s'il transmet son règlement via la Déclaration Sociale Nominative.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

16. Exonération du paiement des cotisations

Le souscripteur est exonéré du paiement de la cotisation pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité, de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité, et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

17. Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

La cotisation sera majorée d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2 % de la cotisation totale.

CHAPITRE VI PRESTATIONS

18. Salaires de référence servant de base au calcul des prestations

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire ayant donné lieu à cotisation telles que fixées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion.

Le salaire de référence des prestations est le salaire brut fixe ayant servi d'assiette aux cotisations du présent contrat au cours des douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite).

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

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est entièrement reconstitué.

19. Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il percevait au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme assureur au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient au souscripteur de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

20. Revalorisations

20.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'IAD, l'assiette des prestations de la rente éducation, de la rente substitutive de conjoint et de la rente handicap correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

20.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

20.2.1 Au titre des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité - incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, au 1er juillet de chaque année, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation. La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181e jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

20.2.2 Au titre des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap

Les rentes éducation, substitutive de conjoint et handicap sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du présent contrat, le salaire de référence et les prestations ne seront plus revalorisés à la date d'effet de la résiliation, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date.

20.3. Revalorisation des prestations dues à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code assurances.

20.4. Revalorisation des arrrages de rentes entre le décès ouvrant droit aux prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations.

Les arrrages de rentes échus (prestations dues par votre organisme assureur) entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Durant la période se situant entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date d'échéance de l'arrage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 20.2.

À compter de la date d'échéance de l'arrage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code assurances.

21. Risques exclus et les causes de déchéance

Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- du fait d'une guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- d'un acte effectué 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.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, à la rente handicap, à la rente éducation ou à la rente substitutive de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

CHAPITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES

22. Contrôles

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

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

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

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

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

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

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

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

23. Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré.

Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou contrôleur ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour la représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de la situation de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

24. Réclamations et litiges

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

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

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

25. Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

26. Protection des données

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 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 gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

27. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique avec avis de réception, adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

28. Fausse déclaration

La garantie accordée à l'assuré par l'organisme assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

29. 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 d'invalidité absolue et définitive 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 ou les bénéficiaire subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable ou les bénéficiaires doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

30. Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

CHAPITRE VIII DEFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- quelle que soit la durée en cas d'invalidité avant le 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants à naître et nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondant aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Conjoint

On entend par conjoint, 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) et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré au moment de l'événement ouvrant droit à garantie. La définition de concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de sa vie commune.

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

Franchise

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre au service des prestations.

CHAPITRE IX CAPITAL DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

31. Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

31.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 33.

On entend par invalidité absolue et définitive, l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

- l'invalidité de 3e catégorie définie à l'article L.341-4 3° du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale,
- l'incapacité Permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital décès toutes causes met fin à la garantie décès toutes causes.

31.2. Montant du capital

Montant du capital en cas de décès toutes causes

- Tout assuré 200 % du salaire annuel de référence

Montant du capital en cas d'invalidité absolue définitive toutes causes

- Tout assuré 250 % du salaire annuel de référence

32. Garantie double effet

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, survenu postérieurement ou simultanément à celui de l'assuré, un capital supplémentaire est versé au profit des enfants restant à charge, réparti par parts égales entre eux :

- 200 % du salaire annuel de référence

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital double effet met fin à la garantie double effet.

33. Bénéficiaires des prestations

33.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

Les assurés peuvent désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur lors du décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'avenant signé par l'organisme assureur, l'assuré et le bénéficiaire,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'organisme assureur pour lui être opposable.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil);
- à défaut au concubin notoire ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;
- à défaut, à ses petits-enfants par parts égales,
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales,
- à défaut de ceux-ci, au grands-parents survivants par parts égales,
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En cas de pluralité de bénéficiaires désignés de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

33.2. Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

En cas d'invalidité absolue et définitive définie à l'article 31.1, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même.

33.3. Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont les enfants à charge à parts égales entre eux.

34. Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 22.

CHAPITRE X GARANTIE RENTE ÉDUCATION

35. Rente éducation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré définie à l'article 31.1, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant est égal à :

Age de l'enfant	Montant annuel en pourcentage du salaire annuel de référence
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15%
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant (<i>sous conditions de poursuite d'études, notamment</i>)	20%

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne pourra être inférieur à 200 € par mois.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant son 26e anniversaire, en invalidité équivalente à une invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé) ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

36. Bénéficiaires de la prestation

Les bénéficiaires sont les enfants à charge tels que définis au chapitre VIII des présentes conditions générales. En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être à la charge du bénéficiaire.

Le décès de l'assuré consécutif à une invalidité absolue et définitive ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de l'IAD se poursuit en cas de décès de l'assuré.

37. Rente temporaire substitutive de conjoint

Lorsque l'assuré n'a pas d'enfant à charge, il est versé, en lieu et place de la rente éducation, au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel représente 5 % du salaire annuel de référence.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes substitutives de conjoint met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

38. Conditions de règlement des prestations

La rente éducation et la rente temporaire substitutive de conjoint prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Le versement des prestations est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées par l'Annexe 1 des présentes conditions générales.

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

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

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

Elles sont versées trimestriellement à terme d'avance et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

39. Terme de l'indemnisation

Rente éducation

Le service des rentes éducation prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du 1er jour suivant la date de son décès.

Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et au plus tard à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale à taux plein,
- et en tout état de cause au jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XI GARANTIE RENTE HANDICAP

40. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré quelle qu'en soit la cause, le versement d'une rente viagère handicap au bénéfice de chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau académique,

et ce, par référence à l'article 199 septième du Code général des Impôts.

41. Montant de la rente

Le montant mensuel de la rente handicap est de 593,44 euros (valeur au 1er avril 2018).

Le montant de la prestation de base ci-dessus mentionnée sera revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes handicap met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

42. Reconnaissance de l'état de handicap

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont il est atteint.

En outre, le médecin conseil se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu l'impossibilité de travailler,
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

43. Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au premier jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme avancé, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre, à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et de la décision favorable du médecin conseil.

Au 1er janvier de chaque année, doit être adressée toute pièce valant certificat de vie ; à défaut, le service de la rente est suspendu.

44. Terme de l'indemnisation

Le service des rentes prend fin au premier jour du trimestre suivant :

- la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits
- et en tout état de cause à compter du 1er jour du mois suivant la date de son décès.

CHAPITRE XII GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

45. Objet de la garantie

La garantie incapacité temporaire a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

46. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées ou non par l'organisme assureur, intervenues dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

47. Montant des prestations garanties

47.1. Conditions de prise en charge

En cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, il est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant annuel représente 78 % du salaire de référence.

Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

47.2. Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle médical prévu à l'article 22 des présentes conditions générales.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 19 des présentes conditions générales.

Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux prestations.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), le versement des indemnités journalières complémentaires ne se fera qu'après accord de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance sous déduction d'une indemnité Sécurité sociale reconstituée de manière théorique, sans toutefois se substituer à celle de la Sécurité sociale.

48. Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières à l'assuré,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par les textes en vigueur,
- en tout état de cause au plus tard au 1 095e jour d'arrêt de travail,
- au jour du décès de l'assuré.

49. Rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L. 322-3, 3°, 4° et L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du présent contrat.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

50. Conditions de règlement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées par l'Annexe 1 des présentes conditions générales.

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

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

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

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

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

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.

CHAPITRE XIII GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

51. Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale dont le montant est défini comme suit :

Catégorie d'invalidité	Montant annuel en pourcentage du salaire annuel de référence
3 ^e catégorie Sécurité sociale	78%
2 ^e catégorie Sécurité sociale	78%
1 ^e catégorie Sécurité sociale	48%

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG, de CRDS et de CASA servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 1^{re} Catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e Catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e 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. »

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies à l'article 22 de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

52. Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale, dont le montant annuel est défini comme suit :

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

- 78 % du salaire de référence.

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % :

- $R \times 3 N / 2$

« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle déterminé par la Sécurité sociale,

« R » = 78 % du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles

53. Point de départ du service des prestations

Les pensions d'invalidité ou les rentes d'incapacité permanente professionnelle sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

54. Terme de l'indemnisation

Le service des rentes ou des pensions prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- au jour du décès de l'assuré.

55. Conditions de règlement des prestations

55.1. Modalités de règlement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées par l'Annexe 1 des présentes conditions générales.

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

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

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

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'évènement ou en cours de service des prestations.

55.2. Modalités de gestion spécifiques aux assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions sont notifiées à l'assuré à qui elles s'imposent s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré, dans les conditions définies à l'article 23 des présentes conditions générales.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION – RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X	X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X		X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X	X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X			
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X					X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X					X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles relatifs aux modalités d'ouverture du droit à prestation et aux délais de transmission des pièces justificatives		X				X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X				X	X

En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes...) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant						X	
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X		
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X		
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X			X	X
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X		
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X		
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.						X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt						X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite						X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.							X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale							X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X		
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.						X	

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire, y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

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

MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 12 des conditions générales peuvent demander, à titre facultatif, à bénéficier, à compter du 2^e mois de suspension de leur contrat de travail non rémunéré, du maintien des garanties décès/invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information du salarié sur ce maintien facultatif incombe au souscripteur.

Condition de mise en œuvre

La demande du salarié doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire du souscripteur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Au-delà de ce délai, le salarié ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

Durée et modalités du maintien des garanties

Le dispositif de maintien des garanties décès entre en application à compter de la date de suspension du contrat de travail du salarié.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du salarié concerné,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de cessation de son contrat de travail,
- à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Prestations

Les garanties décès maintenues sont identiques à celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini aux conditions générales, et qui précède la date du début de suspension du contrat de travail.

Cotisations

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^e des rémunérations variables supplémentaires perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé par le salarié au souscripteur, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

Le souscripteur reverse ensuite le montant intégral des cotisations à l'organisme assureur.

À défaut de paiement des cotisations, le salarié est radié et ne pourra plus bénéficier du maintien des garanties.

L'accompagnement social est à vos côtés

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

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

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