

# Convention collective nationale du 15 mars 1966

## (Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées)

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire  
Garanties optionnelles**

**Conditions générales Prévoyance n°9543/2**

Édition janvier 2021

# SOMMAIRE

<b>TITRE I DISPOSITIONS GENERALES</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT</b>	<b>4</b>
1. Objet du contrat	4
2. Intervenants au contrat	4
<b>CHAPITRE II PRISE D'EFFET, MODALITES DE SOUSCRIPTION, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT</b>	<b>4</b>
3. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat	4
4. Obligation de l'adhérent	4
5. Résiliation du contrat	5
<b>CHAPITRE III LES ASSURES</b>	<b>6</b>
6. Modalités d'affiliation des assurés	6
7. Conséquence de la suspension du contrat de travail sur les garanties	7
8. Portabilité des droits	7
9. Terme des garanties	9
<b>CHAPITRE IV MODE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS</b>	<b>10</b>
10. Salaires de référence	10
11. Revalorisation	11
<b>CHAPITRE V CONDITIONS DE REGLEMENT DES COTISATIONS</b>	<b>11</b>
12. Cotisation due	11
13. Conditions de paiement des cotisations	11
14. Exonération du paiement des cotisations	12
15. Défaut de paiement des cotisations	12
<b>CHAPITRE VI CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>12</b>
16. Versement des prestations	12
17. Plafond de garanties	12
18. Prescription	12
<b>CHAPITRE VII RISQUES EXCLUS</b>	<b>13</b>
19. Exclusions	13
<b>CHAPITRE VIII AUTRES DISPOSITIONS</b>	<b>14</b>
20. Fausse déclaration intentionnelle	14
21. Contrôles Médicaux	14
22. Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale	15
23. Litiges médicaux	15
24. Autorité de contrôle des organismes assureurs	15
25. Protection des données	15
26. Réclamations et litiges	17
27. Subrogation	17
28. Territorialité	17

29.	Définitions	17
<b>TITRE 2 LES GARANTIES</b>		<b>20</b>
<b>CHAPITRE IX GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE</b>		<b>20</b>
30.	Objet de la garantie	20
31.	Bénéficiaires des prestations	20
32.	Conditions de règlement des prestations	21
<b>CHAPITRE X GARANTIE RENTE DE CONJOINT</b>		<b>21</b>
33.	Objet de la garantie	21
34.	Bénéficiaires des prestations	21
35.	Durée du service des prestations	22
36.	Conditions de règlement des prestations	22
<b>CHAPITRE XI GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b>		<b>22</b>
37.	Objet de la garantie	22
38.	Montant de la prestation	22
39.	Durée du service des prestations	23
40.	Conditions de règlement des prestations	23
<b>ANNEXE 25</b>		<b>25</b>
<b>PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS</b>		<b>25</b>
<b>L'accompagnement social est à vos côtés</b>		<b>28</b>

## CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT

### 1. Objet du contrat

Le présent contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les obligations des parties contractantes ainsi que l'ensemble des garanties optionnelles pouvant être choisies par l'association ou l'établissement adhérent au régime conventionnel de la C.C.N. du 15 mars 1966, et
- le contrat d'adhésion ou les Conditions particulières rappelant notamment la ou les catégorie(s) socio-professionnelle(s) assurée(s), et précisant la ou les garantie(s) choisie(s) par l'association ou l'établissement adhérent, la date de prise d'effet des garanties, les plafonds de garanties et les taux de cotisation appliqués.

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier l'ensemble du personnel salarié ou l'ensemble de la catégorie de personnel visée au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières (ci-après dénommée "l'assuré"), et déclarée par l'association ou l'établissement adhérent (ci-après dénommé "l'adhérent") sur l'état nominatif du personnel à assurer, des garanties de Prévoyance définies au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées par les organismes assureurs selon les modalités définies par les présentes Conditions générales et le contrat d'adhésion ou les Conditions particulières.

### 2. Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

- **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, assureur des garanties Capital décès-invalidité absolue et définitive et Incapacité temporaire de travail et gestionnaire de l'ensemble des garanties,
- **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 de la garantie rente de conjoint.

Malakoff Humanis Prévoyance gère la garantie « rente de conjoint » au nom et pour le compte de l'OCIRP, dont elle est membre.

dénommés ci-après « **les organismes assureurs** » ;

## CHAPITRE II PRISE D'EFFET, MODALITES DE SOUSCRIPTION, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

### 3. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date mentionnée au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

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.

Il est ensuite renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 5 du présent chapitre des Conditions générales.

### 4. Obligation de l'adhérent

L'adhérent s'engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par Malakoff Humanis Prévoyance pour le compte de l'O.C.I.R.P. et pour son propre compte qui définit les garanties prévues par les présentes Conditions générales et le contrat d'adhésion ou les Conditions particulières et leurs modalités d'application.

Celle-ci précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'assuré, l'adhérent est tenu d'informer chaque assuré en lui remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les organismes assureurs.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies aux présentes Conditions générales et au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières jointes.

L'adhérent s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 13 du Chapitre V des présentes Conditions générales.

L'adhérent doit notamment adresser aux organismes assureurs les pièces suivantes.

#### **4.1 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 ;
  - le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la D.A.D.S. de l'association ou de l'établissement ;
  - sa catégorie socioprofessionnelle (cadres ou non cadres).
  - s'il est en situation de cumul emploi-retraite.

Cet état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en temps partiel thérapeutique ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu.

L'adhérent devra fournir également la liste déclarative des risques en cours décrite à l'article 29 du Chapitre VIII des présentes Conditions générales.

#### **4.2 En cours d'exercice**

- Entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au 4.1. avec indication de la date d'embauche ;
- Sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- Modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au « 4.1. » avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- Personnes en congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé de soutien familial ou congé sans solde ainsi que tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail ;
- 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.

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

#### **4.3 A chaque renouvellement du contrat**

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. « 4.1. » ci-dessus).

L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

### **5. Résiliation du contrat**

Le présent contrat est résilié automatiquement lors de la résiliation du contrat de prévoyance collective couvrant le régime obligatoire prévu par la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 souscrit par l'adhérent et à la même date.

Il peut également être résilié :

- **à l'initiative de l'adhérent**, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant l'échéance annuelle :
  - soit par lettre ou tout autre support durable,
  - soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant des organismes assureurs,
  - soit par acte extrajudiciaire,
  - soit, lorsque les organismes assureurs proposent 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.

- **à l'initiative des organismes assureurs**, par lettre recommandée :
  - en cas de défaut de paiement des cotisations visé à l'article 15 du chapitre V des présentes Conditions générales,
  - en cas de refus par l'adhérent d'une nouvelle proposition tarifaire au vu de l'analyse des résultats financiers du contrat dans les conditions formulées ci-dessous.

Toute modification de la cotisation pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par les organismes assureurs à l'adhérent 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, l'adhérent peut toujours refuser la proposition des organismes assureurs dans les 30 jours qui suivent la réception dudit courrier, **en envoyant sa demande de résiliation** par l'un des moyens exposés ci-dessus. 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 des organismes assureurs, ces derniers considéreront que l'adhérent 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 en vigueur.

## **CHAPITRE III LES ASSURES**

### **6. Modalités d'affiliation des assurés**

Sont immédiatement affiliés au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, les salariés cadres et/ou non cadres sous contrat de travail à la date d'effet du contrat.

Les risques en cours visés à l'article 29 du chapitre VIII des présentes Conditions générales au jour de la prise d'effet du contrat doivent également être déclarés aux organismes assureurs à cette date dans les conditions prévues au point 4.1. de l'article 4 ci-dessus. Les modalités et le financement de la prise en charge des risques en cours seront définies au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales.

Pour les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet du contrat, leur affiliation prend effet à la date de leur engagement, sous réserve d'avoir été déclarés aux organismes assureurs dans les trois mois suivants la date de leur embauche et d'avoir effectivement pris leurs fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par les organismes assureurs de la déclaration de l'adhérent.

## **7. Conséquence de la suspension du contrat de travail sur les garanties**

### **7.1 Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties**

Les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré notamment en cas de :

- congé sabbatique visé à l'article L.3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé de solidarité familial visé à l'article L.3142-6 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié,

et tout autre congé considéré par la législation du travail en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation que ce soit sous la forme d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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 les organismes assureurs en soit informés dans les trois mois suivant la date de reprise.

À défaut, les garanties ne reprennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par les organismes assureurs de la déclaration de l'adhérent annonçant la reprise d'activité de son salarié.

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

### **7.2. Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties**

Les garanties définies au contrat sont maintenues pour les assurés dont le contrat de travail est suspendu et ce pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire par leur employeur ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

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 ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance, sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération du paiement de cotisation telle que définie à l'article 14 du chapitre V des présentes conditions générales.

### **7.3. Suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation**

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 15 du chapitre V des présentes Conditions générales.

L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

## **8. Portabilité des droits**

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, toutes les garanties définies aux Conditions générales, sont maintenues aux anciens salariés de l'adhérent, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

## **8.1. Suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation**

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- ont 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) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès des organismes assureurs leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez l'adhérent avant la cessation du contrat de travail.

## **8.2. Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture**

### **8.2.1. Date d'effet**

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

### **8.2.2. 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

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

## **8.3. 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'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat de l'Adhérent, à la date d'effet de la résiliation ;
- 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.

## **8.4. Obligations de l'ancien salarié**

L'ancien salarié doit justifier auprès des organismes assureurs, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées 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 les organismes assureurs de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser aux organismes assureurs, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à Pôle Emploi.

## **8.5. Financement du maintien des garanties**

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

## 8.6. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés à laquelle appartenait l'ancien salarié 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 de référence tel que défini aux conditions générales précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.
- Montant des prestations  
Pour le calcul des prestations et de la franchise, 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.
- Cumul des prestations  
En tout état de cause, les droits garantis par le 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.

## 8.7 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 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 maintien du versement, au niveau atteint à la date de résiliation, des prestations en cours de service,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

## 8.8. 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 les organismes assureurs de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

## 9. Terme des garanties

Sous réserve des dispositions prévues aux points 1 et 2 ci-dessous, les garanties définies aux présentes Conditions générales et au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières cessent au plus tard :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue à l'article 15 du chapitre V des présentes Conditions générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré sauf cas de cumul-emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré lorsqu'il ne perçoit pas ou ne satisfait pas aux conditions pour percevoir des prestations au titre du contrat ;
- au décès de l'assuré ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

### 9.1 Effets de la résiliation du contrat sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation du contrat.

Toutefois, en cas de résiliation, les garanties en cas de décès (capital décès et rente de conjoint) sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité et invalidité versées par les organismes assureurs, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité en cause, et ce, au niveau de prestation en vigueur au jour de la résiliation.

## 9.2 Effets de la résiliation du contrat sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat.

# CHAPITRE IV MODE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

## 10. Salaires de référence

### 10.1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond ;
- la tranche C des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et 8 fois le plafond de la tranche A.

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 (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 n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire mentionnées au présent article.

Les cotisations demeurent assises sur les tranches choisies.

### 10.2. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

#### 10.2.1. Salaire servant de base au calcul des prestations décès et rentes de conjoint

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les 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 (prime de départ à la retraite...).

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Dans le cas où l'intéressé percevrait des prestations des organismes assureurs au cours de cette période (indemnités journalières ou rentes invalidité/I.P.P.), le capital sera calculé sur la base du salaire de référence retenu pour le calcul des dernières prestations, y compris éventuellement les revalorisations.

#### 10.2.2. Salaire servant de base au calcul des prestations Incapacité temporaire de travail

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend, éventuellement, les 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 (prime de départ à la retraite...).

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut 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 brut est entièrement reconstitué.

### **10.2.3 Clause de cumul**

Concernant les garanties indemnitaires, en aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, des prestations complémentaires versées par les organismes assureurs, d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, pension de retraite ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut - charges sociales légales et conventionnelles, prélèvements sociaux et impôt à la source).

## **11. Revalorisation**

### **11.1. Revalorisation de l'assiette des prestations**

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que celles liées à l'incapacité temporaire totale, 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 les organismes assureurs) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, au jour de son décès ou à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite unifié A.G.I.R.C./A.R.R.C.O. constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré (ou à défaut le jour de son décès) et à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

### **11.2. Revalorisation des prestations en cours de service au titre de la garantie rente de conjoint**

Les rentes de conjoint O.C.I.R.P. sont revalorisées chaque année au 1er janvier et au 1er juillet selon les coefficients fixés par le Conseil d'administration de l'O.C.I.R.P.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou de la constatation de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %, l'assiette des prestations correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'O.C.I.R.P., et tenant compte notamment de l'inflation.

### **11.3. Revalorisation des prestations dues à compter du décès**

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par les organismes assureurs des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée dans le présent contrat – qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente – est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré, est la date à laquelle l'entreprise d'assurance est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

## **CHAPITRE V CONDITIONS DE REGLEMENT DES COTISATIONS**

### **12. Cotisation due**

Les garanties sont assurées par les organismes assureurs en contrepartie du versement des cotisations.

La cotisation est fixée au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières et est révisable à chaque échéance annuelle nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire.

### **13. Conditions de paiement des cotisations**

La cotisation annuelle est payable par l'adhérent trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chaque règlement doit être accompagné du bordereau trimestriel de cotisations dûment rempli par l'adhérent.

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

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations.

En l'absence de communication de l'état nominatif, les organismes assureurs pourront procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en leur possession.

#### **14. Exonération du paiement des cotisations**

Les assurés en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires servies par les organismes assureurs au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'I.P.P., et qu'ils se trouvent en arrêt de travail depuis une période de 90 jours continus ou discontinus, ou en congé maternité, sont exonérés de cotisations prévoyance tant patronales que salariales.

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'adhérent.

#### **15. Défaut de paiement des cotisations**

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suivent l'échéance de l'appel de cotisation et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer l'adhérent du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

## **CHAPITRE VI CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS**

#### **16. Versement des prestations**

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

#### **17. Plafond de garanties**

##### **17.1 Plafond par assuré**

Les engagements des organismes assureurs sur les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités au montant indiqué sur le contrat d'adhésion ou les Conditions particulières, y compris les capitaux constitutifs de rente de conjoint.

Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité et d'incapacité sont plafonnés par assuré dans la limite indiquée au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

##### **17.2 Plafond par événement catastrophique**

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou de l'incapacité permanente d'au moins 4 assurés dans les 12 mois de sa survenance, les engagements des organismes assureurs pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rente versés ou garantis au titre de cet événement seront tenus dans la limite d'un montant indiqué au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

#### **18. Prescription**

Toute(s) action(s) dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Quand l'action de l'assuré ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 ; acte 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 d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée par les organismes assureurs en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit aux organismes assureurs, en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré.

## CHAPITRE VII RISQUES EXCLUS

### 19. Exclusions

#### 19.1. Exclusions générales

Les organismes assureurs ne prennent pas en charge les risques résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L. 6400-1 du Code de l'aviation civile (qui dispose que « *Le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou du courrier* ») et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

#### 19.2. Exclusions propres aux garanties

En ce qui concerne la garantie Décès, ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'affiliation dans l'assurance. Ce délai peut être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont le présent contrat prend la suite immédiate ;
- de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ou par un tiers pour son compte et ayant fait l'objet d'une condamnation pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;

En ce qui concerne la garantie Rente de conjoint, l'O.C.I.R.P. ne prend pas en charge les décès résultant :

- de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ou par un tiers pour son compte et ayant fait l'objet d'une condamnation pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie impliquée ;
- du fait d'une guerre civile ou étrangère dès lors que le participant 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 transmutations de noyaux d'atomes.

**Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :**

- **de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;**
- **d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée 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 ;**
- **directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;**
- **de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;**
- **de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;**
- **de la maternité sauf cas pathologique (pour la garantie Incapacité temporaire de Travail uniquement).**

## **CHAPITRE VIII      AUTRES DISPOSITIONS**

### **20.      Fausse déclaration intentionnelle**

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs 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 les organismes assureurs 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 aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### **21.      Contrôles Médicaux**

Les organismes assureurs peuvent faire procéder par un médecin désigné par eux, 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 les organismes assureurs 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 les organismes assureurs.

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.

Les organismes assureurs se réservent 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, les organismes assureurs notifient 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 des organismes assureurs, 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 les organismes assureurs, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par les organismes assureurs 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.

## **22. Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale**

À défaut de décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité absolue et définitive et incapacité permanente professionnelle suppose la production d'un certificat médical du médecin traitant ainsi que l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'éventuel classement en invalidité absolue et définitive et incapacité permanente professionnelle, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, sont effectués par le médecin-conseil des organismes assureurs, en accord avec le médecin traitant du salarié et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions des organismes assureurs 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.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin-conseil, son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure dont la preuve doit pouvoir être apportée par l'assuré).

## **23. Litiges médicaux**

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin tiers désigné d'un commun accord par le médecin-conseil des organismes assureurs et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin tiers qualifié en médecine d'assurance ou en évaluation de dommage corporel sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile de l'assuré. La décision de ce médecin tiers est définitive pour les deux parties.

Les honoraires du médecin-conseil restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.

## **24. Autorité de contrôle des organismes assureurs**

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (A.C.P.R.), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

## **25. 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](mailto: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](mailto: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](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 26. Réclamations et litiges

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'adhérent, 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 l'adhérent : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto: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](mailto: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, l'adhérent, 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 aux organismes assureurs et sans préjudice du droit d'agir en justice.

## 27. Subrogation

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

Par ailleurs, les prestations que les organismes assureurs versent 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 les organismes assureurs 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 les organismes assureurs lors de la demande de prestation.**

## 28. 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 des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

## 29. Définitions

**Adhérent** : l'association ou l'établissement signataire du contrat d'adhésion ou des Conditions particulières liées aux présentes Conditions générales, qui relève du champ d'application de la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 et qui est assurée au titre du présent contrat de prévoyance collective.

**Assurés** : les salariés cadres et/ou non cadres, affiliés au régime général de la Sécurité sociale, inscrits à l'effectif de l'association ou l'établissement adhérent à la date d'effet du contrat ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement.

**Accident et accident du travail** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Par accident du travail (ou maladie professionnelle), il faut entendre celui (ou celle) reconnu(e) comme tel(le) par la Sécurité sociale.

**Bénéficiaire** : personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du présent contrat de prévoyance, c'est-à-dire le participant et ses éventuels ayants droit.

**Conjoint** : l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé, ni séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil).

**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 la vie commune.

**Pacsé** : On entend par partenaire lié par un Pacs, la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil.

**Contrat** : le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes Conditions générales.

**Enfants à charge** : sont considérés comme tels, 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 et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des 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 rémunéré :
    - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
    - ou stagiaires de la formation professionnelle.
- d'être employés dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T) ou dans un atelier protégé, en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant leur 26e anniversaire équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé) et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, devenue la carte "mobilité inclusion", sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, de l'assuré décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

**Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de 3e catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale** : « 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 ».

Est assimilée à l'état d'I.A.D., le salarié en arrêt de travail pour cause d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux d'Incapacité fixé par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale est égal ou supérieur à 80 %.

**Participant** : le salarié effectivement couvert par le présent contrat, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée, le cas échéant devenant ancien salarié ; une fois affilié, celui-ci devient membre participant de l'Institution.

**Risques en cours** : sont considérés comme risques en cours les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la date de prise d'effet du contrat :

- les salariés inscrits aux effectifs de l'adhérent et se trouvant, à la date de prise d'effet du contrat, en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle 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 en espèces de la Sécurité sociale et sous réserve d'une décision favorable du médecin-conseil des organismes assureurs) ;
- les salariés et anciens salariés qui bénéficient de prestations périodiques complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat de prévoyance signé par l'adhérent ;
- les bénéficiaires de rente éducation et de rente de conjoint en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'adhérent.

## CHAPITRE IX GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

### 30. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré, telles que définies à l'article 29 du chapitre VIII des présentes Conditions générales, reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin-conseil des organismes assureurs pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), quelle qu'en soit la cause, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que décrits à l'article 31 ci-après.

La présente garantie a également pour objet le versement d'un capital aux enfants à charge de l'assuré définis à l'article 29 ci-avant en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS de l'assuré survenu postérieurement ou simultanément à celui de l'assuré.

Le versement du capital au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive ou l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % se substitue à la garantie Décès et y met fin par anticipation.

Le montant de la prestation est indiqué au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

### 31. Bénéficiaires des prestations

#### 31.1 En cas de décès

Les bénéficiaires des capitaux dus lors du décès de l'assuré sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès des organismes assureurs.

En cas de pluralité de bénéficiaires 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.

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

- au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), à défaut au partenaire de Pacs ou au concubin notoire (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales ;
- 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, aux 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 et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Il est précisé que l'assuré peut, à tout moment, faire une désignation différente par lettre adressée aux organismes assureurs, à condition que le ou (les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance.

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

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié aux organismes assureurs pour leur être opposable,
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et les organismes assureurs.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

#### 31.2. En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %

En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %, le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

### 31.3. Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital garanti au titre du double effet sont les enfants à charge de l'assuré définis à l'article 29 du Chapitre VIII des présentes Conditions générales.

### 32. Conditions de règlement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la réception, par les organismes assureurs, de l'ensemble des pièces justificatives, le cas échéant pour l'I.A.D. ou l'I.P.P., du contrôle médical prévu à l'article 21 du chapitre VIII des présentes Conditions générales et d'une décision favorable du médecin conseil tel que défini à l'article 22 du chapitre VIII des présentes Conditions générales pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale.

Les organismes assureurs peuvent vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'ils jugeront nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir aux organismes assureurs 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 aux organismes assureurs (notamment : l'impossibilité pour les organismes assureurs de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ces derniers retiendront** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

## CHAPITRE X GARANTIE RENTE DE CONJOINT

### 33. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente de conjoint viagère et d'une rente de conjoint temporaire en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou d'Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré, telles que définies à l'article 29 du chapitre VIII des présentes Conditions générales, reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin-conseil des organismes assureurs pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), quelle qu'en soit la cause, au profit du bénéficiaire tel que décrit à l'article 34 ci-après.

Le décès de l'assuré consécutif à une Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou à une incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente de conjoint.

En tout état de cause, le versement de la rente de conjoint ayant débuté à la date de reconnaissance de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. se poursuit en cas de décès de l'assuré.

Le montant des rentes est indiqué au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

### 34. Bénéficiaires des prestations

#### 34.1. Rente viagère

Le bénéficiaire de la rente de conjoint viagère est le conjoint survivant de l'assuré non divorcé ni séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ou son concubin, ou son partenaire de Pacs, au moment du décès ou de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré.

#### 34.2. Rente temporaire

Le bénéficiaire de la rente de conjoint temporaire est le conjoint survivant de l'assuré non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou son concubin, ou son partenaire de Pacs, au moment du décès ou de l'I.A.D. ou de l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré.

## 35. Durée du service des prestations

### 35.1. Point de départ du service des rentes

Les rentes viagères et temporaires sont servies dès le premier jour du mois civil suivant le décès ou la reconnaissance de l'I.A.D. ou l'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré.

### 35.2. Cessation du paiement des rentes

#### 35.2.1 Rente temporaire

Le service de la rente cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire,
- et en tout état de cause le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

#### 35.2.2. Rente viagère

Le service de la rente cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

## 36. Conditions de règlement des prestations

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme par avance sur production des pièces et justificatifs demandés au bénéficiaire. Ainsi, les organismes assureurs effectuent le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les organismes assureurs peuvent vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'ils jugeront nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir aux organismes assureurs 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 aux organismes assureurs (notamment : l'impossibilité pour les organismes assureurs de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ces derniers retiendront**, sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

## CHAPITRE XI GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

### 37. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les assurés qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident d'ordre professionnel ou non, prise en compte ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale).

### 38. Montant de la prestation

Le montant de la prestation est indiqué au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse Primaire Maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par les organismes assureurs.

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (prestation brute de CSG/CRDS de la Sécurité sociale reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire net à payer à temps partiel et prestations complémentaires nettes ainsi que toutes autres ressources nettes) ne saurait excéder son salaire net à payer d'activité. Les organismes assureurs pourront donc réduire le montant de ces prestations si cette limite venait à être dépassée.

## 39. Durée du service des prestations

### 39.1. Point de départ du service des prestations

L'indemnisation ne débute qu'à l'issue d'une franchise fixée au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

On entend par franchise, la période d'arrêt continu ou discontinu se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie fixé au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières.

La franchise continue ou discontinuée est appréciée au 1er jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts (indemnisés ou non par les organismes assureur) intervenus au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

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.

### 39.2. Cessation du paiement des prestations

La prestation cesse d'être versée :

- au jour de la reprise du travail à temps complet ;
- au jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou à la date à laquelle le médecin-conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître l'état d'incapacité temporaire de l'assuré ;
- à la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré, servie par la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- de la date à laquelle l'assuré perçoit une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité sociale ;
- au plus tard, au 90e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, sous réserve de dispositions contraires prévues au contrat d'adhésion ou aux Conditions particulières ;
- et en tout état de cause, 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.

## 40. Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être transmises dès réception des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Les indemnités journalières sont versées par les organismes assureurs, au fur et à mesure de la présentation des pièces justificatives mentionnées ci-dessus à l'adhérent et en cas de rupture du contrat de travail, à l'assuré.

Les organismes assureurs peuvent vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'ils jugeront nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir aux organismes assureurs 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 aux organismes assureurs (notamment : l'impossibilité pour les organismes assureurs de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ces derniers retiendront**, 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 les organismes assureurs**, 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 des organismes assureurs **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 des organismes assureurs**.

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

## 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

	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	RENTE DE CONJOINT	INCAPACITE TEMPORAIRE
Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...				
Déclaration de sinistre fournie par les organismes assureurs et complétée par l'adhérent 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
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X	
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	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
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
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
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		
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 <sup>ème</sup> catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		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		X		X

à prestation et aux délais de transmission des pièces justificatives				
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par les organismes assureurs dûment complété		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
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
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
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
RIB des bénéficiaires	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	
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.				X

***Les organismes assureurs se réservent le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'ils jugeraient nécessaires, y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par les organismes assureurs.***

***Les organismes assureurs ne peuvent se trouver engagés que par les déclarations et pièces qui leur seront transmises.***

***En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande ci-dessus.***

# 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.