

Convention collective nationale du 15 mars 1966

(Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées)

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

Notice d'information Prévoyance n°9544/2

Édition janvier 2021

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré.

À _____ le _____

Signature

SOMMAIRE

TITRE 1 LES GARANTIES	6
CHAPITRE I DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D.)	6
1. Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?	6
2. Qui sont les bénéficiaires des prestations ?	6
2.1 En cas de décès	6
2.2 En cas d'I.A.D. ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %	7
2.3 Bénéficiaires du double effet	7
3. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	7
CHAPITRE II RENTE DE CONJOINT (O.C.I.R.P.)	7
4. Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?	7
5. Qui est le bénéficiaire de la garantie rente de conjoint ?	7
6. Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	8
7. Quel est le terme de l'indemnisation ?	8
7.1 Rente temporaire	8
7.2 Rente viagère	8
CHAPITRE III INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	8
8. Quel est l'objet de la garantie ?	8
9. Quel est le montant de la prestation ?	8
10. Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	9
11. Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	9
12. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	9
13. Dans quels cas y a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	9
TITRE 2 DISPOSITIONS GENERALES	11
CHAPITRE IV SALAIRES DE REFERENCE	11
14. Salaire servant de base au calcul des cotisations	11
15. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties	11
16. Clause de cumul	11
17. Revalorisation du salaire de référence	12
CHAPITRE V QUAND CESSENT VOS GARANTIES	12
18. Effet sur les garanties en cas de résiliation du contrat	12
19. Effets sur les prestations en cas de résiliation du contrat	12
CHAPITRE VI MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE	12
CHAPITRE VII MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITE	13
CHAPITRE VIII QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?	13
20. Plafonds de garanties	13
21. Exclusions	14
22. Suspension des garanties	14

CHAPITRE IX QUELLES SONT LES REGLES RELATIVES AUX PRESTATIONS ?	15
23. Revalorisation des prestations en cours de service au titre de la garantie rente de conjoint	15
24. Revalorisation des prestations dues à compter du décès	15
25. Versement des prestations	15
26. Prescription	16
27. Territorialité	16
28. Fausse déclaration intentionnelle	16
29. Contrôles médicaux	16
30. Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale	17
31. Litiges médicaux	17
CHAPITRE X GENERALITES	18
32. Autorité de contrôle des organismes assureurs	18
33. Protection des données à caractère personnel	18
34. Réclamations et litige	19
35. Subrogation	20
CHAPITRE XI DEFINITIONS	20
ANNEXE 1	22
PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	22
ANNEXE 2	25
L'accompagnement social est à vos côtés	26

PRÉAMBULE

Votre employeur a souscrit des garanties optionnelles au contrat de prévoyance collective couvrant le régime conventionnel obligatoire prévu par la C.C.N. du 15 mars 1966, au profit des salariés cadres et/ou non cadres. Les garanties optionnelles portent sur les risques « Décès Invalidité Absolue et Définitive » et « Rente de conjoint ».

La présente notice d'information vous présente les différentes garanties pouvant être souscrites distinctement par votre employeur, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir. Elle indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le (ou les) certificat(s) d'inscription obligatoirement joint(s) à la notice d'information mentionne(nt) la (ou les) catégorie(s) professionnelle(s) assurée(s), la (ou les) garantie(s) souscrite(s) par votre employeur ainsi que leur montant, la date de prise d'effet des garanties et les montants des plafonds de garanties.

Les organismes assureurs sont les suivants :

- **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** » ;

Vous êtes immédiatement admis dans l'assurance dès lors que vous êtes salarié non-cadre ou cadre, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur et que vous êtes affilié à la Sécurité sociale.

Si vous êtes engagé postérieurement à la prise d'effet du contrat conclu par votre employeur, votre affiliation prend effet dès lors que vous répondez aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclaré aux organismes assureurs dans les trois mois suivants la date de votre embauche et d'avoir effectivement pris vos 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 votre employeur.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en première page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice ainsi que le (ou les) certificat(s) d'inscription.

CHAPITRE I DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D.)

1. Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est égal ou supérieur à 80 % (telles que définies au Chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice), reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin-conseil des organismes assureurs), quelle qu'en soit la cause, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

La présente garantie a également pour objet le versement d'un capital aux enfants à charge de l'assuré définis au chapitre "Définitions" des dispositions générales de la présente notice d'information 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 sur le tableau des garanties.

2. Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

2.1 En cas de décès

Les bénéficiaires des capitaux dus dans l'hypothèse de votre décès sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part auprès des organismes assureurs, dans les conditions définies ci-après.

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, à ses 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.

Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment par lettre adressée à Malakoff Humanis Prévoyance à condition que votre ou vos bénéficiaire(s) n'aient pas accepté le bénéfice de l'assurance.

En vertu des dispositions de la loi du 17 décembre 2007, la désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

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

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

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

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %, le bénéficiaire est vous-même.

2.3 Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital garanti au titre du double effet sont les enfants à charge de l'assuré définis au chapitre "Définitions" des dispositions générales de la présente notice d'information.

3. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Le versement des prestations est subordonné à la réception, par les organismes assureurs, de l'ensemble des pièces justificatives mentionnées en annexe et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu au chapitre « Quelles sont les règles relatives aux prestations ? » des dispositions générales de la présente notice en cas de demande de capital pour l'I.A.D. ou l'I.P.P. et d'une décision favorable du médecin conseil 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'il jugera 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.**

Si votre enfant est mineur non émancipé ou majeur protégé, le capital est servi pour compte et sur un compte bloqué ouvert à son nom, à son représentant légal.

Si l'enfant à charge est majeur, le capital lui est versé directement, sur sa demande.

CHAPITRE II RENTE DE CONJOINT (O.C.I.R.P.)

4. Quel est l'objet de la garantie et quel est le montant de la prestation ?

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente de conjoint viagère et d'une rente de conjoint temporaire dans l'hypothèse de votre décès, de votre Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) ou de votre Incapacité Permanente Professionnelle (I.P.P.) dont le taux est égal ou supérieur à 80 % (telles que définies au Chapitre « Définitions » des dispositions générales de la présente notice), reconnue par la Sécurité sociale (ou le médecin-conseil des organismes assureurs), quelle qu'en soit la cause, au profit du bénéficiaire tel que décrit 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 sur le tableau des garanties.

5. Qui est le bénéficiaire de la garantie rente de conjoint ?

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

6. Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

Les rentes viagère et temporaire sont servies dès le premier jour du mois civil qui suit votre décès ou la constatation de votre invalidité absolue et définitive (I.A.D. à ou de votre incapacité permanente professionnelle (I.P.P.) d'un taux égal ou supérieur à 80%.

Elles 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'il jugera 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.**

7. Quel est le terme de l'indemnisation ?

7.1 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.

7.2 Rente viagère

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

CHAPITRE III INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

8. Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières lorsque vous vous trouvez 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 si vous ne satisfaites pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale).

9. Quel est le montant de la prestation ?

Le montant de la prestation est indiqué sur le tableau des garanties.

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 net à payer que vous percevez (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 votre salaire net à payer d'activité. Les organismes assureurs pourront donc réduire le montant de ces prestations si cette limite venait à être dépassée.

10. Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

L'indemnisation ne débute qu'à l'issue d'une franchise indiquée au tableau des Garanties.

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 indiqué au tableau des Garanties.

La franchise continue ou discontinu est appréciée au 1er jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts (indemnisés ou non par les organismes assureurs) 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.

11. Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?

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 vous cessez de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou à la date à laquelle le médecin-conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître votre état d'incapacité temporaire ;
- à la liquidation de votre pension vieillesse, servie par la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- de la date à laquelle vous percevez 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 certificat d'inscription (selon le module choisi par votre entreprise) ;
- et en tout état de cause, au jour de votre décès.

12. Quelles sont les 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 vous.

En cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, vous devez retourner **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, dûment rempli par votre médecin traitant ou tout autre médecin de votre 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 votre part ou de l'adhérent entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

13. Dans quels cas y a-t-il exonération du paiement des cotisations ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité, de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité, et que vous ne percevez plus aucune rémunération.

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

CHAPITRE IV SALAIRES DE REFERENCE

14. 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 quatre fois ce plafond ;
- la tranche C des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit 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 par votre employeur.

Si vous êtes en arrêt de travail, dès lors que vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires servies par les organismes assureurs au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité absolue et définitive (I.A.D.) ou de l'I.P.P., et que vous vous trouvez en arrêt de travail depuis une période de 90 jours continus ou discontinus, ou en congé maternité, vous êtes exonéré de cotisations prévoyance.

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

15. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations incapacité temporaire de travail, décès et rentes de conjoint, 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.

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

Si vous percevez des prestations des organismes assureurs au cours de cette période (indemnités journalières ou rentes invalidité absolue et définitive/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.

16. 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).

17. Revalorisation du salaire de référence

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations, lorsque vous justifiez 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 votre décès, de votre I.A.D. ou de votre I.P.P.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite unifié Agirc/Arrco constatée entre le début de votre arrêt de travail et le décès, ou l'I.A.D. ou l'I.P.P.

CHAPITRE V QUAND CESSENT VOS GARANTIES

Sous réserve des dispositions prévues au point 1 suivant, les garanties définies à la présente notice d'information cessent au plus tard :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au chapitre « Quelles sont les limites de vos garanties ? » figurant dans les dispositions générales de la présente notice ;
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail ou à l'issue de la période de portabilité visée ci-dessous ;
- à votre décès ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

18. Effet sur les garanties en cas de résiliation du contrat

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

Toutefois, les garanties en cas de décès (capital décès et rente de conjoint) sont maintenues si vous êtes salarié ou ancien salarié bénéficiaire des 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 des prestations en vigueur au jour de la résiliation.

19. Effets sur les prestations en cas de résiliation du contrat

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.

CHAPITRE VI MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE

Les garanties définies à la présente notice sont maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à indemnisation que ce soit sous la forme :

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

Pendant cette période, 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 au chapitre « Salaires de référence » des dispositions générales de la présente notice d'information.

CHAPITRE VII MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITE

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous bénéficiez, à titre gratuit, du maintien de vos garanties.

Vous devez être couvert au titre du contrat souscrit par votre employeur au moment de la cessation de votre contrat de travail.

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

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit, et ce dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

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

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées.

Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties ;
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

En cas de sinistre, vous devez 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.

Le cumul des prestations incapacité, que nous vous versons et que vous versent la Sécurité sociale et tout autre organisme au titre de votre arrêt de travail, est limité au montant de l'allocation qu'aurait versée l'assurance chômage obligatoire pendant la période considérée.

En tant qu'ancien salarié, couvert à la date d'effet du contrat par un autre organisme assureur au titre de la portabilité, vous bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

CHAPITRE VIII QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

20. Plafonds de garanties

20.1. 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 tableau des garanties, y compris les capitaux constitutifs de rente de conjoint.

20.1. Plafond par évènement catastrophique

Si un même évènement 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 rentes versés ou garantis au titre de cet évènement seront tenus dans la limite d'un montant indiqué sur le tableau des garanties.

21. Exclusions

21.1. Exclusions générales

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

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité 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.

21.2. 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'adhésion 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 incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :

- de luttres, 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).

22. Suspension des garanties

22.1. Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension de votre contrat de travail 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 de votre contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès votre reprise effective de travail 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 votre employeur annonçant votre reprise d'activité.

Pendant la période de suspension de la garantie, vous ne devez aucune cotisation et les décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

22.2. Suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation

Le défaut de paiement de la cotisation par votre employeur entraîne la suspension des garanties si la mise en demeure de payer n'est pas suivie d'effet dans un délai de 30 jours.

Le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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 votre employeur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

CHAPITRE IX QUELLES SONT LES REGLES RELATIVES AUX PRESTATIONS ?

23. 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 de votre décès ou de la constatation de votre I.A.D. ou de votre I.P.P. d'un taux égal ou supérieur à 80 %, l'assiette des prestations correspond à votre dernier salaire annuel brut effectivement versé, 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.

24. 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 R132-3-1 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.

25. Versement des prestations

Les prestations garanties par les organismes assureurs vous sont versées soit directement, soit directement aux bénéficiaires, 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 votre charge ou à la charge des bénéficiaires.

26. 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, 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 ;
- quand votre action ou celle de vos 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 vous-même ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter de votre décès.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou le bénéficiaire nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.

27. 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.

28. Fausse déclaration intentionnelle

La garantie qui vous est accordée par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part 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 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.

29. Contrôles médicaux

Les organismes assureurs peuvent faire procéder par un médecin désigné par eux, à un contrôle médical si vous formulez des demandes ou bénéficiez de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à votre 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 vous en état d'incapacité ou d'invalidité, à votre lieu de traitement ou à votre domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater votre état de santé. De même, vous devez vous rendre aux convocations des médecins missionnés par les organismes assureurs.

Si vous refusez ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée à votre dernier domicile connu figurant à votre dossier.

Lors du contrôle médical, vous avez la faculté de vous faire assister par votre médecin traitant, ou tout autre médecin de votre 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 vous notifient par lettre recommandée les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, vous devez notifier 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, votre volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - vous pouvez mentionner dans votre courrier le nom du médecin qui vous assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - vous, ou le cas échéant, votre médecin et celui choisi par les organismes assureurs, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par vous et les organismes assureurs.
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 de votre domicile. 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, soit, votre volonté de porter votre contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à vos frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

30. Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations 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 votre médecin traitant et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions des organismes assureurs vous sont notifiées et s'imposent à vous si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée.

Vous ne pouvez vous soustraire au contrôle du médecin-conseil, votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure dont vous pouvez apporter la preuve).

31. 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 votre médecin traitant.

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 de votre domicile. 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 votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à votre charge.

CHAPITRE X GENERALITES

32. Autorité de contrôle des organismes assureurs

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

33. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous et vos bénéficiaires êtes 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. Vos données à caractère personnel et celles de vos 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 de vos avis et de ceux de vos 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 vous et vos 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 votre non ré-identification et de celle de vos 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 votre 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 vous et vos 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 votre destination ou celle de vos bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter vos données personnelles et celles de vos 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 votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise votre NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») et celui de vos 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, votre consentement explicite et spécifique et celui vos 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 de vos données à caractère personnel et celles de vos 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.

Vos données de santé et celles de vos 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 vos données à caractère personnel et celles de vos bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à votre santé et celles de vos bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si vos données à caractère personnel et celles de vos 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 de vos données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec Malakoff Humanis 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 de vos données et celles de vos bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et vous informer en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Vous disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de vos données, post-mortem. Vous et vos bénéficiaires disposez également d'un droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité de vos données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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, vous disposez 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.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

34. Réclamations et litige

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

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

- par votre employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,
- • par vous-même et/ou vos 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, vous pouvez vous 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 votre réclamation écrite aux organismes assureurs et sans préjudice du droit d'agir en justice.

35. Subrogation

Lorsque vous êtes atteint d'une affection ou êtes 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 vos revenus salariaux, constituent une avance sur recours. En conséquence, vous ou votre (vos) bénéficiaire(s) subrogez expressément les organismes assureurs dans vos droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Si vous ou votre (vos) bénéficiaire(s) êtes victimes d'un dommage causé par un tiers responsable, vous devez en informer les organismes assureurs lors de la demande de prestation.

CHAPITRE XI DEFINITIONS

Adhérent : l'association ou l'établissement signataire des Conditions particulières liées aux Conditions générales du contrat collectif à adhésion obligatoire, 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 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 reconnu comme tel 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 : on entend par 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.

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'invalidé civil 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.

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 ^{ème} 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'il jugerait nécessaire, 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, votre numéro de Sécurité sociale devra figurer sur chaque demande ci-dessus.

ANNEXE 2

Le tableau synthétise les garanties pour lesquelles vous êtes assuré et définit les montants des prestations pour chaque garantie.

PERSONNEL CADRE ET PERSONNEL NON CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS En pourcentage du salaire annuel de référence Tranches A, B et C
MODULE 1 – Capital décès toutes causes ou invalidité absolue et définitive n°1	
Capital décès toutes causes	+ 100%
Capital IAD toutes causes	+ 100%
Capital Double effet	100 % du capital décès toutes causes
MODULE 2 – Capital décès toutes causes ou invalidité absolue et définitive n°2	
Capital décès toutes causes	+ 200%
Capital IAD toutes causes	+ 200%
Capital Double effet	100% du capital décès toutes causes
MODULE 3 – Rente de conjoint complémentaire	
Rente de conjoint viagère ou temporaire	+ 5%
MODULE 4 – Rachat de franchise n°1	
Du 30 ^e au 90 ^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu	78% (sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale)
MODULE 5 – Rachat de franchise n°2	
Du 60 ^e au 90 ^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu	78% (sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale)
MODULE 6 – Complément de salaire	
Au 91 ^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu	+ 3% (sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale)

L'accompagnement social est à vos côtés

Parce que personne n'est à l'abri de moments difficiles dans la vie, chez Malakoff Humanis, des femmes et des hommes se mobilisent, au quotidien, pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin.

Nos aides sont susceptibles d'évoluer chaque année et sont attribuées sous condition de ressources et en complément des dispositifs publics.

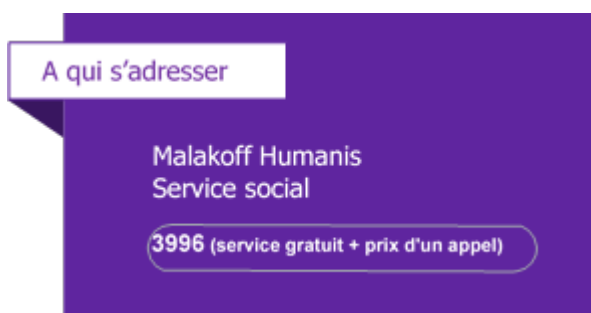
Handicap : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

- Aidants : des solutions concrètes pour ceux qui prennent soin au quotidien d'un proche malade, âgé ou en situation de handicap.
- Cancer : un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles.
- Bien-vieillir : des réponses aux questions qui se bousculent à l'approche de la retraite et des solutions pour préparer ce changement sereinement.
- Fragilités sociales : des services qui protègent les salariés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

Les équipes Malakoff Humanis sont présentes en délégations régionales pour vous assurer une réponse de proximité.

N'hésitez pas à les contacter pour en savoir plus sur nos aides et leurs conditions d'attribution.

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des salariés.



Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

* Hors métropole : 09 74 75 39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)

Par internet : Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com