

# Convention collective nationale du 15 mars 1966

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

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

**Notice d'information Prévoyance n°9542/1**

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

<b>TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES</b>	<b>6</b>
<b>CHAPITRE I QUELLE EST LA DUREE DES GARANTIES ?</b>	<b>6</b>
1. Quand les garanties prennent-elles effet ?	6
2. Quand cessent-elles ?	6
3. Quand sont-elles suspendues ?	6
4. Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?	6
<b>4.1 En cas de suspension du contrat de travail indemnisée</b>	<b>6</b>
<b>4.2 En cas de cessation du contrat de travail</b>	<b>7</b>
<b>4.3 En cas de résiliation du présent contrat</b>	<b>7</b>
<b>4.4 Dans le cadre de la portabilité des droits</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE II LES COTISATIONS</b>	<b>9</b>
5. Quelle est l'assiette des cotisations ?	9
6. Dans quels cas y a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	10
<b>CHAPITRE III LES PRESTATIONS</b>	<b>10</b>
7. Quelle est l'assiette des prestations ?	10
8. Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?	10
9. Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	10
10. Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	11
<b>CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>12</b>
11. Contrôles	12
12. Litiges Médicaux	12
13. Réclamations et litiges	13
14. Organisme de contrôle	13
15. Protection des données	13
16. Prescription	15
17. Fausse déclaration	15
18. Subrogation	15
19. Territorialité	15
<b>TITRE 2 CONDITIONS GENERALES PAR GARANTIE</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE V DEFINITIONS</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE VI CAPITAL DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE</b>	<b>17</b>
20. Quel est l'objet de la garantie ?	17
21. Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	17
22. Quels sont les montants des capitaux ?	18
23. Quels sont les conditions de règlement des capitaux ?	18
<b>CHAPITRE VII RENTE ÉDUCATION</b>	<b>18</b>
24. Quel est l'objet de la garantie ?	18
25. Quels sont les montants des prestations ?	18

26.	Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	18
27.	Quand cesse le versement des rentes ?	19
<b>CHAPITRE VIII GARANTIE RENTE HANDICAP</b>		<b>19</b>
28.	Quel est l'objet de la garantie ?	19
29.	Quel est le montant de la rente ?	19
30.	Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?	20
31.	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	20
32.	Quand cesse le versement des rentes ?	20
<b>CHAPITRE IX GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE</b>		<b>20</b>
33.	Quel est l'objet de la garantie ?	20
34.	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	20
35.	Quel est le montant des prestations garanties ?	21
36.	Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	21
37.	Que se passe-t-il en cas de rechute ?	21
38.	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	22
<b>CHAPITRE X GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE</b>		<b>22</b>
39.	Quelle est l'objet de la garantie ?	22
40.	Quel est le montant des prestations ?	23
41.	Quel est le point de départ du service des prestations ?	23
42.	Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?	23
43.	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	23
<b>ANNEXE 1 25</b>		
<b>PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS</b>		<b>25</b>
<b>ANNEXE 2 27</b>		
<b>MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE</b>		<b>27</b>
<b>ANNEXE 3 28</b>		
<b>L'accompagnement social est à vos côtés</b>		<b>29</b>

# PRÉAMBULE

Conformément à la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, votre entreprise a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés :

- Cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,
- Non cadres, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de traite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,

auprès de :

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

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

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

La présente notice d'information est établie par votre organisme assureur et vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par votre organisme assureur.

**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.**

## CHAPITRE I QUELLE EST LA DUREE DES GARANTIES ?

### 1. Quand les garanties prennent-elles effet ?

Les garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat.

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction. Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration effectuée par votre employeur.

Dès lors que vous êtes affilié au contrat, vous êtes appelé « assuré ».

### 2. Quand cessent-elles ?

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu ci-après (cf. « Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail, en cas de résiliation du contrat et dans le cadre de la portabilité des droits »), les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée) sauf si vous pouvez prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu ci-après,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

### 3. Quand sont-elles suspendues ?

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension de votre contrat de travail, en dehors des cas visés au paragraphe ci-dessous « En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ».

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

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

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

À compter du deuxième mois de suspension de votre contrat de travail (en dehors des cas visés à l'article « En cas de suspension du contrat de travail indemnisée », vous pouvez à titre facultatif demander le maintien des garanties décès, invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap durant la période de suspension de votre contrat de travail dans les conditions définies en annexe n° 2.

### 4. Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?

#### 4.1 En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

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

les garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue au chapitre II.

Si votre contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève ou si vous bénéficiez d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif, vos garanties seront maintenues dans les conditions indiquées ci-dessus.

#### **4.2 En cas de cessation du contrat de travail**

À la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti dans les limites prévues aux conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail, dès lors que vous bénéficiez à ce titre des prestations au titre du contrat ou que vos droits à prestation sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail.

#### **4.3 En cas de résiliation du présent contrat**

Lorsque vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat, postérieurement à sa résiliation, le bénéfice des garanties prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive est maintenu, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du contrat ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, dans les conditions définies au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »).

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues à la Notice d'Information des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation.

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

#### **4.4 Dans le cadre de la portabilité des droits**

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

##### **4.4.1 Bénéficiaires de la portabilité**

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

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

###### ***Date d'effet***

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

###### ***Durée***

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

Sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme assureur par le souscripteur, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat, ou la date d'effet du transfert de personnes au contrat faisant suite à une fusion avec une autre entreprise ou à une opération de restructuration assimilée, bénéficient du maintien des garanties définies à la présente notice d'information pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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

#### **4.4.3 Cessation du maintien**

Le maintien des garanties cesse :

- la date de cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou lorsque vous ne pouvez plus justifier de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- au jour de la survenance de votre décès.

#### **4.4.4 Obligations de l'ancien salarié**

Vous devez justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Bénéficiaires de la portabilité » ci-avant, et notamment de votre indemnisation par le régime d'assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de votre situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage. En cas de sinistre, vous devrez compléter la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage, et l'adresser à l'organisme assureur.

#### **4.4.5 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.

#### **4.4.6 Garanties et prestations maintenues**

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie des salariés à laquelle vous apparteniez avant la cessation de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

#### **4.4.7 Base de calcul des prestations**

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

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

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



#### 4.4.8 Montant des prestations

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

#### 4.4.9 Cumul des prestations

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

#### 4.4.10 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 versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »),
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

#### 4.4.11 Obligations de votre employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

## CHAPITRE II LES COTISATIONS

### 5. Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches A, B et C.

On entend par :

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

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

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

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

## 6. 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 III LES PRESTATIONS

### 7. Quelle est l'assiette des prestations ?

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire fixées au tableau des garanties et prestations figurant en annexe de la présente notice.

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

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

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

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

### 8. Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?

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

On entend par « salaire d'activité » :

- si vous n'exercez plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après ;
- si vous exercez une activité à temps partiel, le salaire que vous auriez perçu si vous aviez repris votre activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire que vous percevez au titre de votre activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de votre temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

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

### 9. Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque 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 le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès.

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

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

## **9.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service**

### **9.2.1 Au titre des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité - incapacité permanente professionnelle**

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, au 1er juillet de chaque année, sous réserve lorsque vous êtes le bénéficiaire, que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu.

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

### **9.2.2 Au titre des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap**

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

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

## **9.3. Revalorisation des prestations dues à compter du décès ouvrant droit à prestations**

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

## **9.4. Revalorisation des arrérages de rentes entre le décès ouvrant droit aux prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations.**

Les arrérages de rentes échus (prestations dues par votre organisme assureur) entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Durant la période se situant entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 19.2. À compter de la date d'échéance de l'arrérage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

## **10. Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?**

**Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :**

**de votre fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente,**

- **du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,**
- **du fait d'une guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,**
- **du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,**
- **d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.**

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

## **CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES**

### **11. Contrôles**

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, 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 l'organisme assureur 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 l'organisme assureur.

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.

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

Préalablement à toute modification ou interruption, l'organisme assureur vous notifie 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 de l'organisme assureur, 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 l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par vous et l'organisme assureur.  
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, votre volonté de porter votre contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à vos frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

### **12. Litiges Médicaux**

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

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

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

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

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

### 13. Réclamations et litiges

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](mailto: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](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, 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 Cambacérés, 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 à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

### 14. Organisme de contrôle

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

### 15. 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 »), 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](mailto: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](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, 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](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 16. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en ont eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance de votre décès.

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

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

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

## 17. Fausse déclaration

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

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

## 18. Subrogation

Lorsque vous êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec vos revenus salariaux, constituent une avance sur recours. En conséquence, vous ou votre (vos) bénéficiaire(s) subrogez expressément l'organisme assureur 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 l'organisme assureur lors de la demande de prestation.**

## 19. Territorialité

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

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



## CHAPITRE V DEFINITIONS

### Enfants à charge

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

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

Sont également considérés comme à charge :

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

### Conjoint

On entend par conjoint, votre époux (ou épouse) non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

### Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec vous 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 votre vie commune.

### Partenaire de Pacs

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

### Franchise

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



## CHAPITRE VICAPITAL DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

### 20. Quel est l'objet de la garantie ?

#### 20.1 Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes (IAD)

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

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

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

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

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'invalidité absolue et définitive du capital décès toutes causes met fin à la garantie.

#### 20.2. Capital double effet

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survenu postérieurement ou simultanément au vôtre, d'un capital au profit des enfants restant à charge, réparti à parts égales entre eux.

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

### 21. Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?

#### 21.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur dans l'hypothèse de la survenance de votre décès.

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

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

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

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

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

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

### **21.2. Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes**

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous êtes le bénéficiaire des capitaux.

### **21.3. Bénéficiaires du double effet**

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

## **22. Quels sont les montants des capitaux ?**

Les montants des capitaux sont définis en annexe de la notice d'information.

## **23. Quels sont les conditions de règlement des capitaux ?**

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

## **CHAPITRE VII RENTE ÉDUCATION**

## **24. Quel est l'objet de la garantie ?**

### **24.1 Rente éducation**

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge.

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

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

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

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

### **24.2 Rente temporaire substitutive de conjoint**

Lorsque vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé à votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour de votre décès ou invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint, en lieu et place de la rente éducation.

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

## **25. Quels sont les montants des prestations ?**

Les montants des prestations sont définis en annexe de la présente notice d'information.

## **26. Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?**

Les rentes prennent effet au 1er jour du mois suivant la date de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

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

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

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

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

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

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

## **27. Quand cesse le versement des rentes ?**

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

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse :

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

## **CHAPITRE VIII GARANTIE RENTE HANDICAP**

### **28. Quel est l'objet de la garantie ?**

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

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

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

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

### **29. Quel est le montant de la rente ?**

Le montant annuel de la rente handicap est exprimé en euros et est défini en annexe de la présente notice d'information.

Le montant de la prestation de base est revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

### **30. Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?**

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

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

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

### **31. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?**

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

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

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

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

### **32. Quand cesse le versement des rentes ?**

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

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

## **CHAPITRE IX GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE**

### **33. Quel est l'objet de la garantie ?**

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

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

### **34. Quel est le point de départ de l'indemnisation ?**

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie en annexe de la présente notice d'information.

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

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

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

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

## **35. Quel est le montant des prestations garanties ?**

### **35.1 Conditions de prise en charge**

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, il vous est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant défini en annexe de la présente notice.

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

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

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

### **35.2 Limites**

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu au chapitre IV.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées au chapitre III (cf. « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? »).

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

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

## **36. Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?**

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

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

## **37. Que se passe-t-il en cas de rechute ?**

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L322-3, 3°, 4° et L 324-1 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat.

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

### **38. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?**

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

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

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

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

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

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

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle du souscripteur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.**

## **CHAPITRE X GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE**

### **39. Quelle est l'objet de la garantie ?**

#### **39.1 Garantie invalidité**

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

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

- 1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. »

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies ci-après, de vous indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

## 39.2 Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

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

### 40. Quel est le montant des prestations ?

#### 40.1 Garantie invalidité

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

#### 40.2 Garantie incapacité permanente professionnelle

Le montant de la prestation défini en annexe de la présente notice d'information s'entend y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

### 41. Quel est le point de départ du service des prestations ?

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

### 42. Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?

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

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

### 43. Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

#### 43.1. Modalités de règlement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

Les décisions vous sont notifiées et elles 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 par l'intermédiaire de votre médecin traitant, dans les conditions définies au chapitre IV (cf. « Litiges médicaux »).

Vous ne pouvez pas vous soustraire au contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur ; votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont vous devrez apporter la preuve).



## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

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

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

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

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

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

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisé, vous pouvez demander à bénéficier, à compter du 2<sup>e</sup> mois de suspension de votre contrat de travail non rémunéré, à titre facultatif, du maintien des garanties décès/invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information sur ce maintien facultatif incombe à votre employeur.

### **Condition de mise en œuvre**

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée à votre organisme assureur par l'intermédiaire de votre employeur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail.

Au-delà de ce délai, vous ne pourrez plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

### **Durée et modalités du maintien des garanties**

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

Le maintien des garanties décès cesse :

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

### **Prestations**

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini à la notice d'information (Cf « Quelle est l'assiette des prestations ? » du chapitre III), et qui précède la date du début de suspension de votre contrat de travail.

### **Cotisations**

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

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

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé à votre employeur pour la période correspondant à la durée totale de suspension de votre contrat de travail. Votre employeur reverse ensuite le montant intégral des cotisations à l'organisme assureur.

À défaut de paiement des cotisations, vous êtes radié et ne pouvez plus bénéficier du maintien des garanties.

## ANNEXE 3

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
<b>Capitaux Décès – Invalidité Absolue et Définitive (IAD)</b>	
<b>Capital décès toutes causes</b> Tout assuré	<b>200%</b>
<b>Capital IAD toutes causes</b> Tout assuré	<b>250%</b>
<b>Capital Double effet</b> Marié, concubin ou partenaire de Pacs avec un enfant à charge	<b>200%</b>
<b>Rente éducation</b>	
Jusqu'à la date du 19e anniversaire de l'enfant	<b>15%</b>
Du 19e anniversaire à la date du 26e anniversaire de l'enfant (sous conditions de poursuite d'études, notamment)	<b>20%</b>
<i>Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200 € par mois.</i>	
<b>Rente temporaire substitutive de conjoint</b>	
Marié, concubin ou partenaire de Pacs sans enfant à charge	<b>5%</b>
<b>Rente handicap</b>	
Montant au 1 <sup>er</sup> avril 2018	<b>593,44 euros</b>
<b>Incapacité temporaire de travail</b>	
Franchise discontinuée 90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	<b>78%</b>
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
<b>Invalidité</b>	
3e catégorie Sécurité sociale	<b>78%</b>
2e catégorie Sécurité sociale	<b>78%</b>
1re catégorie Sécurité sociale	<b>48%</b>
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
<b>Incapacité permanente professionnelle (IPP)</b>	
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	<b>78%</b>
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	<b>3N/2 x 78%</b>
<i>« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	

# 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.

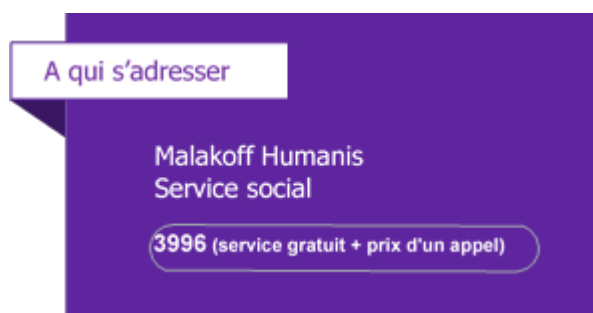
Handicap : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

- 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](http://malakoffhumanis.com)