

BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES
CABINETS D'INGÉNIEURS CONSEILS, SOCIÉTÉS DE CONSEILS

Prévoyance conventionnelle

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 2668/3
1^{er} janvier 2021

Capital décès - Rente d'éducation - Incapacité temporaire - invalidité

SOMMAIRE

LEXIQUE	3
CONDITIONS GÉNÉRALES	4
TITRE I – DISPOSITIONS COMMUNES	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET AVENANTS	4
ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	4
ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS – PRISE D'EFFET DES GARANTIES	5
ARTICLE 5 - MODIFICATION DES GARANTIES	5
ARTICLE 6 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE	6
ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ	6
ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES HORS CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ	6
ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES	7
ARTICLE 10 - COTISATIONS	7
ARTICLE 11 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE – FORMALITÉS	8
ARTICLE 12 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS	8
ARTICLE 13 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE	9
ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE	10
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE	10
ARTICLE 16 - PRESCRIPTION	10
ARTICLE 17 - GARANTIES INDIVIDUELLES	11
ARTICLE 18 - INFORMATION DES ASSURÉS	11
ARTICLE 19 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION – RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	11
TITRE II – CAPITAL DÉCÈS	13
ARTICLE 20 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 21 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES	14
ARTICLE 22 - FORMALITÉS	14
TITRE III – RENTE D'ÉDUCATION	15
ARTICLE 23 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 24 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES	15
ARTICLE 25 - PAIEMENT ET DURÉE	15
ARTICLE 26 - FORMALITÉS	16
TITRE IV – INCAPACITÉ TEMPORAIRE - INVALIDITÉ	16
ARTICLE 27 - OBJET DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 28 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	16
ARTICLE 29 - INVALIDITÉ	17
ARTICLE 30 - REPRISE D'ACTIVITÉ	17
ARTICLE 31 - RÈGLE DE CUMUL	17
ARTICLE 32 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE	17
ARTICLE 33 - PAIEMENT ET DURÉE	18
ARTICLE 34 - RECOURS SUBROGATOIRE CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	18
ARTICLE 35 - FORMALITÉS	19

LEXIQUE

Il faut entendre, dans le cadre de la présente notice d'information, pour les termes ci-dessous employés :

Accord de prévoyance	L'accord de prévoyance du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant institué le régime conventionnel de prévoyance objet du contrat.
Adhérent	L'entreprise souscrivant le présent contrat.
Institution	Malakoff Humanis Prévoyance pour les garanties Capital décès et Incapacité temporaire – Invalidité, l'OCIRP pour la garantie Rente d'éducation, et les deux institutions pour les Dispositions communes visant l'ensemble des garanties.
Assurés	Les salariés ou anciens salariés bénéficiaires du présent contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévues par l'Accord, sous réserve que ladite catégorie de personnel soit effectivement définie aux Conditions particulières.

CONDITIONS GÉNÉRALES

TITRE I – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit dans un cadre collectif à adhésion obligatoire auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, et a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance aux salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée, en cas de décès ou invalidité absolue définitive, en cas d'incapacité temporaire de travail ou invalidité.

Le contrat est conforme à l'Accord du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant instauré le régime de prévoyance de la Convention collective nationale des :

Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils (code IDCC 1486)

Les catégories de personnel pouvant bénéficier du contrat sont, par référence à l'Accord de prévoyance :

- Personnel relevant du régime de retraite des cadres (convention collective nationale du 14 mars 1947 « AGIRC »),
- Personnel ne relevant pas du régime de retraite des cadres.

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie « rente d'éducation » assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance.

L'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales sont mutualisés ; il est établi un compte d'exploitation technique commun disposant d'une clause de participation aux bénéfices identique pour tous les souscripteurs.

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET AVENANTS

Article 2.1 – Souscription

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales, définissant les conditions de cotisations et de prestations conformes au régime conventionnel de prévoyance, les obligations réciproques des parties,
- les Conditions particulières ou Certificat d'adhésion, définissant la date d'effet de l'adhésion, la (les) catégorie(s) de personnel assurée(s), les taux de cotisations, le cas échéant les clauses spécifiques,

et le cas échéant des avenants y afférant.

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée l'Adhérent.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, sauf résiliation dans les conditions visées à l'article 13.

Article 2.2 – Avenant au contrat

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent.

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier à l'Institution son éventuel refus, expressément exprimé par lettre recommandée avec avis de réception ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. En cas d'absence de refus dans les conditions de forme et délai susvisés, l'Adhérent est réputé avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 3 - CONDITIONS DE REPRISE DES EN COURS À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Article 3.1 Déclaration des risques en cours

Lors de la souscription du contrat, l'entreprise doit déclarer s'il existe ou non des salariés ou anciens salariés dont l'arrêt de travail ou le décès est susceptible d'ouvrir droit à versement de prestations dans le cadre du présent contrat.

Dans l'affirmative, l'entreprise fournit un « état des risques en cours » (formulaire mis à disposition par l'Institution), concernant :

- les salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité par suite de maladie ou accident, qu'ils soient ou non couverts à ce titre par un précédent organisme assureur,

- les anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, par suite de maladie ou accident, s'ils sont couverts à ce titre par un précédent organisme assureur,
- les ayants droits d'anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'éducation versée par un précédent assureur.

Article 3.2 En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

L'Institution prend en charge, pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

- les revalorisations futures concernant les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité, rentes éducation) dont le service incombe au précédent assureur, que le contrat de travail soit rompu ou non,
- l'éventuel différentiel de garanties pour le maintien des garanties décès si les garanties de la précédente adhésion étaient inférieures aux dispositions du présent contrat, et si le contrat de travail n'est pas rompu,
- la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, dans le cas où celle-ci n'était pas prévue par le contrat résilié (pour autant que les conditions de revalorisation du précédent contrat aient été communiquées),
- le maintien des garanties décès pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité versées ou à verser par un précédent assureur en cas de transfert d'engagement de celui-ci vers Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP, que le contrat de travail soit rompu ou non ; le transfert d'engagement est effectif lorsque le précédent organisme assureur a transféré les provisions qu'il a constituées au titre de ces garanties.

Article 3.3 En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés en arrêt de travail, déclarés par l'entreprise lors de la souscription, sont couverts à compter de la date d'effet du contrat pour l'ensemble des garanties ; ils bénéficient des prestations incapacité temporaire de travail – invalidité dès cette date pour autant qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits fixées au présent contrat, étant précisé que la franchise est décomptée à partir de la date d'effet du contrat.

Article 3.4 Financement des risques en cours

Les risques en cours sont pris en charge sous réserve du versement par l'entreprise d'une prime unique ou d'une surcotisation pendant une période déterminée, calculée par l'Institution sur la base des déclarations de l'entreprise.

Article 3.5 Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

Les dispositions qui suivent concernent les entreprises ayant souscrit un contrat auprès d'un autre assureur avant le 11 novembre 2010 et venant à le résilier afin de souscrire le présent contrat avant le 31 décembre 2015.

Dans le cas où, à la date d'effet du présent contrat, il existe des salariés ou anciens salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire – invalidité), l'entreprise devra s'assurer auprès de l'assureur qu'elle quitte, que les prestations nées ou à naître sont intégralement provisionnées, conformément aux dispositions de l'article 26 de la Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (report de l'âge de la retraite).

ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée, au moyen du formulaire d'affiliation mis à disposition par l'Institution.

Doivent être affiliés les salariés présents à l'effectif, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou lorsque l'entreprise maintient en tout ou partie le salaire.

En présence d'un assureur précédent dont le contrat a été résilié, peuvent demander à être affiliés, à la date d'effet du présent contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties ouverte auprès de l'assureur précédent et restant à courir au titre du dispositif de portabilité prévu par l'article L. 911.8 du Code de la sécurité sociale (sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie jusqu'à expiration de la période de droits à portabilité).

La date de prise d'effet des garanties est fixée à la date d'effet du contrat pour les salariés susvisés présents à l'effectif à cette date, puis ultérieurement à la date de leur embauche ou promotion dans la catégorie de personnel assurée, pour autant que l'Adhérent les aient déclarés dans les trois mois suivant cette date.

ARTICLE 5 - MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification de la garantie Incapacité temporaire – invalidité, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre du maintien de garanties prévu à l'article 8.2, alors ils seront couverts selon ces nouvelles modalités,
- s'ils sont radiés des effectifs et bénéficient du maintien des garanties décès, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties visée à l'article 8.2.

ARTICLE 6 - MODIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF OU RÉGLEMENTAIRE

Les modalités de la garantie et les taux de cotisation définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. Ils seront révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, les garanties restent acquises selon les modalités contractuelles antérieures.

ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

Ces dispositions concernent les assurés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail (ou à la date d'expiration de la période de maintien de garantie pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité visé à l'article 8.2), sont en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité du présent contrat.

Ceux-ci demeurent bénéficiaires de la garantie Incapacité temporaire de travail - invalidité, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité), sont acquises ou nées antérieurement à la cessation du contrat de travail. Les prestations sont versées jusqu'à leur échéance normale.

Les garanties en cas de décès leur sont maintenues pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %.

Le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale par l'assuré,
- à la date à laquelle cesse le versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- et au plus tard à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite).

Si, tout en continuant d'être indemnisé par la Sécurité sociale, l'assuré a repris une activité salariée et bénéficie de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat collectif de prévoyance, le maintien de garantie porte sur le salaire de référence, tel que défini à l'article 12, diminué du salaire de référence correspondant à l'activité reprise.

ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES HORS CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU D'INVALIDITÉ

Article 8.1 Suspension du contrat de travail hors cas d'incapacité temporaire - invalidité

Pendant les périodes de suspension de contrat de travail faisant l'objet d'un maintien total ou partiel de rémunération, l'assuré bénéficie des garanties du contrat, les cotisations étant calculées sur ledit salaire conformément à l'article 10.

Les garanties décès peuvent être maintenues, à la demande des salariés, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante selon l'assiette définie à l'article 10, pour les assurés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération. Pour être recevable, la demande doit être formulée au plus tard dans les 30 jours suivant le début de la période de suspension du contrat de travail.

La garantie Incapacité temporaire de travail - Invalidité est maintenue sans contrepartie de cotisations aux assurés dont le contrat de travail a été suspendu pour congé parental.

Dans tous les cas susvisés, les garanties cessent dans les conditions précisées à l'article 9.

Article 8.2 Cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation du régime d'assurance chômage

Les dispositions qui suivent sont applicables pour les cessations de contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015, date de fin de préavis même non effectué :

Le contrat d'assurance organise le maintien des garanties du contrat dont bénéficie l'assuré à titre gratuit, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à la réglementation en vigueur (article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale), dans les conditions suivantes :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois** ;
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garanties aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables à l'ancien salarié) ;

- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités **d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période** ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif,
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
- résiliation du contrat d'assurance.

Toute suspension des allocations chômage quel qu'en soit le motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

L'employeur doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

L'employeur s'engage par ailleurs à informer sans délai l'Institution de tout événement dont elle aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des assurés en activité (part patronale et part salariale).

Pour le bon ordre, il est rappelé que les salariés dont la date de cessation du contrat de travail est antérieure au 1^{er} juin 2015 et qui ont pu demander leur affiliation au dispositif de portabilité prévu par le contrat dans la rédaction antérieure du présent article (portabilité au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008), continuent d'en bénéficier jusqu'à l'expiration de leurs droits, dans les conditions définies par ce dispositif antérieur.

ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues aux articles 7 et 8 :

- pendant les périodes de suspension de son contrat de travail, sauf s'il est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée,
- à la date de rupture de son contrat de travail,
- à la date à laquelle il cesse de bénéficier du maintien de garantie exposé à l'article 8.2,
- à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, le salarié est affilié au titre de son nouveau contrat de travail),
- à la date d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat d'assurance.

ARTICLE 10 - COTISATIONS

1. Base de calcul et taux des cotisations

Les cotisations sont calculées sur la rémunération brute **limitée au plafond de la Tranche C** servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale, à l'exclusion des primes, indemnités et rappels versés au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Pour les salariés en arrêt de travail indemnisés au titre du présent contrat, aucune cotisation n'est due sur les prestations complémentaires versées par l'Institution ; les cotisations sont dues uniquement sur le salaire versé par l'employeur le cas échéant (maintien de salaire ou reprise d'activité à temps partiel).

Pour les salariés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération, et qui ont demandé à bénéficier du maintien des garanties décès (article 8.1), les cotisations sont calculées sur **la rémunération brute limitée au plafond de la Tranche C** servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale des douze mois précédant la suspension du contrat de travail.

Les taux de cotisations (parts salariale et patronale) sont les suivants :

Garanties	TA	TB / TC
Capital décès	0,24 %	0,24 %
Rente d'éducation (OCIRP)	0,15 %	0,15 %
Incapacité temporaire de travail	0,14 %	0,26 %
Invalité	0,21 %	0,48 %
TOTAL	0,74 %	1,13 %

Les taux de cotisation peuvent évoluer, pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales, en fonction des résultats mutualisés ainsi qu'en cas d'évolution des dispositions du régime conventionnel de prévoyance ou encore de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant notamment la base de calcul des cotisations pour la période concernée.

L'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

3. Non paiement des cotisations

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée par l'Institution est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée.

En cas de non paiement à l'expiration du délai fixé dans la lettre de mise en demeure, l'Institution entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des dites cotisations ; les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérent.

La garantie accordée par l'Institution peut être suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, et le contrat résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu. Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

ARTICLE 11 - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE – FORMALITÉS

Pour chaque exercice d'application du contrat, et au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérent doit retourner l'état nominatif établi par l'Institution, dûment complété pour chacun des assurés affiliés au contrat des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment salaires bruts annuels ventilés selon les tranches A, B, C, dates d'entrée ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de portabilité, pourcentage de temps partiel, etc.).

L'Adhérent tient ses états de salaires et de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

L'Adhérent doit informer immédiatement l'Institution de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (dissolution, fusion, absorption, cession d'exploitation, location gérance, etc.).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 12 - CALCUL ET VERSEMENT DES PRESTATIONS

1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est égal à la rémunération brute des douze mois précédant le décès ou l'arrêt de travail, soumise à cotisation au titre du présent contrat, **limitée au plafond de la tranche C**.

Le salaire est reconstitué comme si l'assuré avait travaillé pendant les douze derniers mois, dans le cas où le contrat de travail a été, pendant ladite période de douze mois, suspendu pour l'un des motifs suivants : maladie, accident, maternité, chômage involontaire total ou partiel, fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste le salarié, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, service militaire ou appel sous les drapeaux.

Pour les assurés dont le contrat de travail remonte à moins de douze mois, le salaire de référence est reconstitué fictivement.

Pour les assurés dont le contrat de travail a cessé, et qui bénéficient d'un maintien de garanties dans les conditions exposées à l'article 8, la période de douze mois est celle qui précède la cessation du contrat de travail.

Le salaire de référence, ainsi déterminé à l'arrêt de travail, est le cas échéant réévalué entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations Incapacité temporaire - Invalidité ou la date du décès (ou de l'IAD), en fonction de l'indice de revalorisation visé ci-dessous.

2. Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré, sous réserve et dans la limite des résultats mutualisés pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

3. Prise en compte de la situation de famille

Pour le calcul et/ou le bénéfice des prestations, il faut entendre par :

- **Le conjoint** : l'époux(se) de l'assuré(e), non-séparé(e) de corps judiciairement ni divorcé(e), par un jugement définitif.
- **Le partenaire lié par un PACS** : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un Pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas dissous ou rompu de fait à la date du sinistre.
- **Le concubin** : la personne, quel que soit son sexe, vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union libre.

4. Déclaration des sinistres

Tout sinistre doit être déclaré par lettre à l'Institution. Lorsqu'un délai est requis pour fixer la date d'effet des prestations, celui-ci est indiqué aux dispositions relatives à chaque garantie.

Lors de la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution), l'Adhérent atteste que l'assuré appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations et fournit le salaire brut déclaré à la Sécurité sociale formant la base calcul des prestations définie ci-dessus (article 12.1).

En cas de litige entre l'assuré et la Sécurité sociale, lors de la déclaration, l'Institution aligne sa position sur celle de cet organisme.

5. Pièces justificatives

Le paiement des prestations est effectué par l'Institution après réception des pièces justificatives visées à chaque garantie concernée, et le cas échéant des pièces complémentaires qui s'avèrent nécessaires selon les situations, celles-ci étant indiquées sur le formulaire de demande de prestations mis à disposition par l'Institution.

L'Institution peut demander toutes justifications nécessaires, et peut être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires mis à disposition par l'Adhérent.

ARTICLE 13 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

1. Hypothèses de résiliation du contrat

L'Adhérent peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 2.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Institution :
 - **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
 - **soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;**
 - **soit par acte extrajudiciaire ;**
 - **soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
 - **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

D'autre part, l'Adhérent, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'organisme assureur de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'Accord de prévoyance (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévue à l'article L. 2261-14 du Code du travail.

Malakoff Humanis Prévoyance peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 10.3,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent reste débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et s'engage à informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

2. Effets de la résiliation pour les assurés - hors incapacité temporaire - invalidité

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les assurés en activité, ainsi que pour les assurés bénéficiaires d'un maintien de garanties.

3. Effet de la résiliation pour les assurés en incapacité temporaire ou invalides

La résiliation du contrat est sans effet sur les prestations de la garantie Incapacité temporaire de travail - Invalidité, immédiates ou différées, acquises ou nées antérieurement à la résiliation.

Les garanties en cas de décès sont maintenues aux assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, jusqu'à :

- la date à laquelle cesse le versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est au moins égal à 33 %,
- et au plus tard à la date de prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite).

La garantie décès qui s'applique est celle en vigueur à la date à laquelle l'assuré a cessé d'être affilié au contrat (radiation des effectifs, ou résiliation du contrat pour les assurés présents aux effectifs ou bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 8.2). Le salaire de référence est figé à la date de résiliation du contrat.

Dans le cas où ces assurés, tout en continuant à percevoir des prestations de la Sécurité sociale, reprennent une activité salariée et bénéficient de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat collectif de prévoyance, les prestations versées au titre de ces dispositions seront calculées à partir du traitement actualisé diminué du traitement perçu au titre de cette activité.

4. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service

Les prestations (indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'éducation) sont servies jusqu'à leur échéance normale sans droit à revalorisation ultérieure.

5. Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe à l'Adhérent d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service, la revalorisation éventuelle du salaire de référence dans le cadre du maintien de la garantie décès, ainsi que la poursuite du maintien des garanties aux anciens salariés demeurant bénéficiaires de droits à maintien de garanties.

ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés (hors pays formellement déconseillés par le gouvernement français) ou professionnels dont la durée n'excède pas trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale.

ARTICLE 15 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE

Concernant les garanties en cas de décès, le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires (article L. 132-24 du Code des assurances).

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par les dispositions en vigueur (article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale et articles L. 114-1 et suivants du Code des assurances).

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 a 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 l'action de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

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 avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 17 - GARANTIES INDIVIDUELLES

Lors de la résiliation du contrat d'assurance, les assurés en activité peuvent souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, aux garanties proposées par l'Institution, selon les conditions et tarifs en vigueur, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les deux mois qui précèdent la date de résiliation.

En cas de décès de l'assuré, le conjoint (ou tiers lié par un PACS ou concubin) bénéficiaire du capital décès peut souscrire, dans les six mois qui suivent le décès, sans délai d'attente, une garantie individuelle « capital décès et rente d'éducation » pour un montant au plus égal à celui précédemment assuré.

Il en est de même pour les anciens salariés inscrits comme demandeurs d'emploi, dans les six mois qui suivent la cessation du contrat de travail. Ce délai de six mois est le cas échéant prorogé **dans la limite de la période de maintien de garanties visée à l'article 8.2**, lorsque l'assuré a bénéficié de ce dispositif de portabilité pour une période supérieure à six mois.

ARTICLE 18 - INFORMATION DES ASSURÉS

L'Adhérent s'engage :

- à remettre à chaque assuré une notice d'information, rédigée par Malakoff Humanis Prévoyance et par l'OCIRP, précisant l'étendue des garanties dont il bénéficie et leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- à informer les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une notice établie à cet effet par Malakoff Humanis Prévoyance et par l'OCIRP.

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

En outre, lors de la rupture du contrat de travail du salarié, il appartient à l'Adhérent d'informer ce dernier du maintien des garanties auquel il peut prétendre en application des dispositions de l'article 8.2 et des modalités de mise en œuvre du dispositif, notamment le contrôle de persistance des droits audit maintien.

ARTICLE 19 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION – RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

1. Contrôle des Institutions

Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

2. Réclamation

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

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

- M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> **dans un délai maximal d'un an** à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

3. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à HYPERLINK "mailto:dpo@malakoffhumanis.com" dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

TITRE II – CAPITAL DÉCÈS

ARTICLE 20 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer le versement de capitaux en cas de décès ou d'invalidité absolue définitive de l'assuré.

1. Décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré, le capital versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), tels que définis à l'article 21, est égal à : **170 % du salaire de référence défini à l'article 12**

Les salariés relevant du Régime de retraite des cadres bénéficient d'une garantie minimum fixée à 340 % du plafond annuel de cotisation à la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. Pour les salariés ne relevant pas du Régime de retraite des cadres, la garantie minimum est fixée à 170 % du plafond annuel de cotisation à la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Ces minima font l'objet d'un prorata pour les salariés à temps partiel.

2. Invalidité absolue définitive

En cas d'invalidité absolue définitive, l'assuré peut percevoir par anticipation, s'il en fait la demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes.

L'assuré est en invalidité absolue définitive lorsqu'il est reconnu, avant la prise d'effet de sa retraite sécurité sociale, invalide 3^e catégorie par la Sécurité sociale, ou en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %.

La demande doit être effectuée dans les 24 mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale, et en tout état de cause avant la prise d'effet de sa retraite.

Le versement anticipé du capital au motif d'invalidité absolue définitive met fin à la garantie « capital décès » de l'assuré.

3. Décès simultané ou postérieur du conjoint

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin, un capital est réparti entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou concubin, dans la mesure où ils étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès.

Le capital est égal au capital décès versé lors du décès de l'assuré, éventuellement réévalué dans les conditions prévues à l'article 12.2.

La garantie prévue en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint cesse en cas de résiliation du contrat d'assurance.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou à naître, considérés à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale ou de celle sur les allocations familiales :

- **jusqu'au 18^e anniversaire sans conditions,**
- **jusqu'au 26^e anniversaire pendant la durée :**
 - de l'apprentissage ou des études secondaires et supérieures,
 - de l'inscription auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 21 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès de l'assuré, en l'absence de désignation expresse, le capital est versé :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps par jugement définitif,
- ou à la personne liée à l'assuré par un Pacte civil de solidarité,
- ou à son concubin notoire,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés, légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

L'assuré peut toutefois, par **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » délivré à cet effet, ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'assuré, du bénéficiaire et de l'institution ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire et sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.**

Dans tous les cas, la désignation particulière d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'Institution que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Il appartient donc à l'assuré de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile.

L'Institution procède au versement des prestations en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé par nos services, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

En cas de versement du capital par anticipation au titre de l'invalidité absolue définitive, l'intégralité du capital est versée à l'assuré lui-même.

ARTICLE 22 - FORMALITÉS

Le paiement des capitaux garantis sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution d'un dossier complet comprenant :

- la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date du décès ou de l'invalidité absolue définitive, et la base servant au calcul des prestations,
- les pièces justificatives nécessaires au versement des prestations, notamment :
 - une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré ou la notification d'attribution par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle,
 - une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de trois mois,
 - un certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle,
 - les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire,
 - le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s).

La liste des pièces justificatives nécessaires, en fonction de chaque situation particulière et du bénéficiaire, est précisée sur le formulaire de demande de prestations.

TITRE III – RENTE D'ÉDUCATION

ARTICLE 23 - OBJET ET DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant à charge, tel que défini à l'article 24, le service d'une rente d'éducation, en cas de décès ou d'invalidité absolue définitive de l'assuré.

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont Malakoff Humanis Prévoyance est membre. L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

Il est versé pour chaque enfant à charge une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- 12 % du salaire de référence défini à l'article 12 par enfant jusqu'au 18^e anniversaire,
- 15 % du salaire de référence défini à l'article 12 par enfant âgé du 18^e anniversaire au 26^e anniversaire.

Les salariés relevant du Régime de retraite des cadres bénéficient d'une garantie minimum fixée à :

- 24 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant jusqu'au 18^e anniversaire,
- 30 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant du 18^e anniversaire au 26^e anniversaire.

Pour les salariés ne relevant pas du Régime de retraite des cadres, la garantie minimum est fixée à :

- 12 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant jusqu'au 18^e anniversaire,
- 15 % du plafond de cotisation à la Sécurité sociale par enfant du 18^e anniversaire au 26^e anniversaire.

Pour le calcul de ces minima le plafond de Sécurité sociale pris en compte est le plafond annuel en vigueur au jour du décès de l'assuré, la rente étant ensuite revalorisée suivant l'indice prévu à l'article 12 des Conditions générales. Ces minima font l'objet d'un prorata pour les salariés travaillant à temps partiel.

La rente est doublée pour l'enfant bénéficiaire orphelin de père et de mère.

En cas d'invalidité absolue définitive (3^e catégorie reconnue par la Sécurité sociale ou incapacité consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66 %), l'assuré peut demander à bénéficier par anticipation de la rente éducation.

Le versement anticipé de la rente met fin à la garantie Rente d'éducation.

ARTICLE 24 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs, recueillis ou à naître, considérés à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale ou de celle sur les allocations familiales :

- **jusqu'au 18^e anniversaire sans conditions,**
- **jusqu'au 26^e anniversaire pendant la durée :**
 - de l'apprentissage ou des études secondaires et supérieures,
 - de l'inscription auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 25 - PAIEMENT ET DURÉE

La rente est versée trimestriellement d'avance à compter du premier jour du mois suivant le décès de l'assuré. La rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

En cas de versement anticipé au titre de l'invalidité absolue définitive, la rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la demande. Dans ce cas, le versement serait fait à l'assuré lui-même qui en ferait la demande.

La majoration pour rente progressive intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de père et de mère du fait du décès postérieur du dernier parent, **la rente est doublée au lendemain du jour du décès du dernier parent, pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.**

Toute modification de la situation de l'enfant à charge, autre que la limite d'âge prévue au contrat, doit être signalée sans délai à l'Institution.

L'Institution demande annuellement de justifier que l'enfant bénéficiaire continue de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises.

ARTICLE 26 - FORMALITÉS

Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution du dossier complet comprenant :

- la demande de prestations (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date du décès ou de l'invalidité absolue définitive, et la base servant au calcul des prestations,
- les pièces justificatives nécessaires au versement des prestations, notamment :
 - une copie intégrale de l'acte de décès de l'assuré ou la notification d'attribution par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle,
 - une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de trois mois,
 - les pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire,
 - le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s).

La liste des pièces justificatives nécessaires, en fonction de chaque situation particulière et du bénéficiaire, est précisée sur le formulaire de demande de prestations.

TITRE IV – INCAPACITÉ TEMPORAIRE – INVALIDITÉ

ARTICLE 27 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer le versement des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale, en cas d'arrêt de travail de l'assuré pour maladie ou accident.

ARTICLE 28 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

1 - Définition de la garantie

Il est versé à tout assuré cessant son travail par suite de maladie ou accident et percevant des indemnités journalières de la sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie, des indemnités journalières complémentaires dont le montant est égal à : **80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.**

Ces indemnités journalières complémentaires sont dues à l'expiration d'une période de franchise égale à : **90 jours consécutifs d'arrêt de travail.**

Pour les assurés malades pendant leur congé parental, et n'ayant pas droit de ce fait aux indemnités journalières de la Sécurité sociale, l'Institution délivre ses prestations uniquement sur avis de son médecin conseil qui statue par référence aux dispositions de cet organisme. Elles seront versées sous déduction d'une indemnité journalière Sécurité sociale reconstituée fictivement, après expiration de la période de franchise.

Lorsque les indemnités de la Sécurité sociale, du fait notamment d'une mesure de sanction prise par cet organisme :

- **sont réduites, alors les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution ne compenseront pas cette minoration,**
- **sont supprimées, alors le versement des indemnités journalières complémentaires sera suspendu.**

2 - Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant pendant la période d'affiliation au contrat **dans un délai maximum de deux mois** suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

Par ailleurs, chaque fois que l'assuré sera atteint d'une maladie longue et coûteuse au sens des articles L. 322-3 et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale, il ne sera pas tenu compte de la durée de la reprise du travail pour considérer qu'il s'agit toujours d'une même affection et pour continuer le versement des indemnités journalières sans application du délai de franchise.

ARTICLE 29 - INVALIDITÉ

1 - Définition de la garantie

Il est attribué une rente complémentaire d'invalidité à tout assuré bénéficiant, soit d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale, soit d'une rente d'incapacité permanente reconnue par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, dont le taux est au moins égal à 33 %.

En cas de modification du taux d'invalidité reconnu par la Sécurité sociale, l'allocation versée par l'Institution est modifiée à partir de la même date.

Pour les assurés dont la maladie a débuté pendant leur congé parental, et n'ayant pas droit de ce fait à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale, l'Institution délivre ses prestations uniquement sur avis de son médecin conseil qui statue par référence aux dispositions de cet organisme. La rente sera versée sous déduction de la pension de la Sécurité sociale reconstituée fictivement.

2 - Maladie ou accident de la vie privée

En cas d'invalidité de 2^e et 3^e catégorie, le montant de la rente est égal à :

- **80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes Sécurité sociale.**

En cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie, le montant de la rente est égal à : **la moitié de celui versé en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie.**

3 - Accident du travail ou maladie professionnelle

En cas d'incapacité permanente dont le taux est égal ou supérieur à 66 %, le montant de la rente est égale à :

- **80 % du salaire de référence défini à l'article 12, sous déduction des prestations brutes Sécurité sociale.**

En cas d'incapacité permanente dont le taux (n) est compris entre 33 % et 65 %, le montant de la rente est égal à :

- **3 x (n) / 2 de la rente fixée ci-dessus.**

ARTICLE 30 - REPRISE D'ACTIVITÉ

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue de bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, **l'Institution accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul définie à l'article 31.**

ARTICLE 31 - RÈGLE DE CUMUL

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale, des sommes versées au titre de la législation sur le chômage et des prestations complémentaires versées par tout organisme assureur de prévoyance collective obligatoire ne peut excéder le salaire net qu'aurait perçu l'assuré s'il avait été en activité. S'il en était ainsi, les prestations versées par l'Institution seraient réduites à due concurrence.

Toutefois, lorsque l'assuré, ancien salarié, est garanti au titre du dispositif de portabilité exposée à l'article 8.2, la limitation au salaire net d'activité des prestations complémentaires est appréciée par rapport au montant net des allocations que le régime d'assurance chômage aurait versées pour la même période.

Ne sont pas prises en compte pour le calcul de cette limitation, le cas échéant, l'allocation pour tierce personne et les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance dépendance collectif ou individuel.

ARTICLE 32 - CONTRÔLE MÉDICAL – EXPERTISE MÉDICALE

Lors d'une demande de prestations, et en cours de service, l'Institution peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

L'Institution peut effectuer, elle-même, tous les contrôles et enquêtes administratifs, et réclamer toutes pièces qu'elle estimerait nécessaires au contrôle de l'état de santé de l'assuré.

L'examen de la situation médicale de l'assuré peut amener l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale en ce qui concerne le service des prestations incapacité temporaire et/ou invalidité.

En cas de désaccord du salarié sur les résultats des contrôles effectués, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification par lettre recommandée des résultats du contrôle, le nom d'un médecin choisi par lui.

L'Institution désignera tout médecin de son choix. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais.

À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par l'intéressé.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant de l'assuré sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'Institution, l'intéressé devra demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; ses droits à prestations de l'intéressé seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire définitive.

ARTICLE 33 - PAIEMENT ET DURÉE

1 - Incapacité temporaire

Les indemnités journalières sont versées, sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale.

Ces prestations sont réglées à l'Adhérent tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. En cas de rupture du contrat de travail, elles sont versées directement à l'assuré.

Le service des indemnités journalières cesse :

- **à la date à laquelle cessent les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;**
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat ;
- et en tout état de cause à compter de la date d'entrée en jouissance d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf cumul emploi retraite).

Pour les assurés malades pendant leur congé parental elles sont versées au plus tard jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt.

2 - Invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'assuré, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, mensuellement à terme échu, le premier et le dernier paiement pouvant ne comprendre qu'un prorata de rentes.

Les rentes d'invalidité cessent :

- **à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité** ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à aux dispositions relatives au « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- **à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,**
- **à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'assuré atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire,**

en tout état de cause au décès de l'assuré.

Pour les assurés dont la maladie a débuté pendant leur congé parental, les rentes sont versées tant que persiste l'état d'invalidité constaté par le médecin conseil de l'Institution.

ARTICLE 34 - RECOURS SUBROGATOIRE CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

ARTICLE 35 - FORMALITÉS

Le paiement des prestations sera effectué par l'Institution dans un délai de quinze jours suivant la réception d'un dossier complet comprenant notamment :

- la déclaration d'arrêt de travail (formulaire mis à disposition par l'Institution) comportant notamment l'attestation par l'Adhérent que l'assuré était bien garanti à la date de l'arrêt de travail, et les éléments servant au calcul des prestations,
- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification de la sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail / maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée.

Pour les assurés malades pendant leur congé parental, la Déclaration d'arrêt de travail devra être accompagnée d'un certificat médical constatant l'incapacité. Le certificat destiné au Médecin conseil devra être adressé sous pli confidentiel.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
malakoffhumanis.com