

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION N° 16289

aux contrats d'assurance collectifs à adhésion obligatoire

Edition janvier 2022

IMPORTANT

Informations à compléter par le souscripteur (l'employeur) avant remise de la notice d'information au salarié

Catégorie assurée

- Ensemble du personnel
- Autre (préciser)

Garanties retenues

- Base conventionnelle
- Garanties optionnelles :
 - Extension du salaire de référence à la tranche C
 - Rente de Conjoint assurée par l'OCIRP
 - Réduction de franchise à 90 jours

Sommaire

LEXIQUE	5
PREAMBULE	9
TITRE 1. ADHESION AUX CONTRATS	10
1.1. OBJET DES CONTRATS.....	10
1.2. ADHESION.....	10
1.3. PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	10
TITRE 2. GARANTIES	12
2.1. CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES ».....	12
2.2. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE.....	12
2.3. RENTE EDUCATION	12
2.4. RENTE DE CONJOINT.....	13
2.5. BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES	13
2.6. GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	14
2.6.1. Incapacité Temporaire de Travail	14
2.6.2. Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle	15
2.6.3. Règle de cumul des prestations arrêt de travail	16
2.7. EXTENSION DU SALAIRE DE REFERENCE	17
TITRE 3. DISPOSITIONS GENERALES	18
3.1. ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	18
3.1.1. Prise d'effet des garanties	18
3.1.2. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.....	18
3.2. CESSATION DE L’AFFILIATION	18
3.3. MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	18
3.3.1. Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « <i>Portabilité</i> des droits »	18
3.3.2. Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989.....	20
3.3.3. Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré	20
3.3.4. Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré.....	20
3.4. ASSIETTE ET TAUX DE COTISATIONS	20
3.5. EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	20
3.5.1. Exonération des cotisations	20
3.5.2. Maintien des garanties	21
3.5.3. Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties.....	21
3.6. SALAIRE DE REFERENCE.....	21
3.7. REVALORISATION.....	21
3.7.1. Revalorisation des prestations	21
3.7.2. Revalorisation post-mortem	22
3.7.3. Fausse déclaration.....	22
3.7.4. Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat.....	22
3.8. RISQUES EXCLUS	23
3.9. DECHEANCE	23

3.10. RECOURS – PRESCRIPTION.....	24
3.10.1. Recours subrogatoire.....	24
3.10.2. Prescription.....	24
3.11. RECLAMATION –MEDIATION.....	24
3.12. AUTORITE DE CONTROLE.....	25
3.13. DISPOSITIONS DIVERSES.....	25
3.13.1. Confidentialité.....	25
3.13.2. Protection des données à caractère personnel.....	25
TITRE 4. VERSEMENT DES PRESTATIONS	27
4.1. DECLARATION DES <i>SINISTRES</i>	27
4.2. PIECES NECESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	27
4.3. OBLIGATIONS DE L' <i>ASSURE</i>	30
4.4. MODALITES D'OUVERTURE DU DROIT A PRESTATION ET DELAI DE TRANSMISSION DES PIECES JUSTIFICATIVES.....	31
4.5. CONTROLE MEDICAL.....	31
4.6. VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES.....	32

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans la notice sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Principaux termes utilisés :

Organismes assureurs | Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Capitaux Décès / Invalidité Absolue et Définitive / Rente éducation :

- **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 ;

Pour la couverture de la Rente de conjoint :

- **OCIRP**,
Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union
d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale ;
Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

Malakoff Humanis Prévoyance est habilité à gérer la garantie Rente de conjoint assurée par l'OCIRP.

Le contrat est régi par le **Code de la sécurité sociale**.

Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « *souscripteur* » et « *assuré* ».

Souscripteur | L'entreprise relevant de Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers, qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'*organisme assureur* au bénéfice des *assurés*.

Catégorie assurée | L'ensemble des salariés du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie en deuxième page de la présente notice d'information.

Assuré | La personne physique, affiliée au(x) contrat(s), sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la *catégorie assurée*.

Conjoint | Il est entendu par conjoint :

- Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité et Capitaux Décès / Invalidité Absolue et Définitive / Rente éducation :
- l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e)
- ou à défaut, le partenaire lié par un PACS en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en concubinage avec l'assuré, sous réserve que le concubin et l'assuré soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile
- Pour la couverture de la Rente de conjoint :
- l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire lié par un PACS en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- à défaut, la personne vivant en concubinage avec l'assuré, sous réserve que le concubin apporte la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec le l'assuré décédé.

De plus, il ou elle doit être, au regard de l'état civil, ainsi que l'assuré décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de Pacs.

En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

Enfants à charge | Sont considérés comme *enfants à charge* :

- Les enfants de l'assuré, ceux de son conjoint non divorcé ou du concubin notoire, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), du partenaire lié par un PACS :
- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice,
- ou si, âgés de moins de 26 ans ils poursuivent leurs études,
- ou encore si, âgés de moins de 26 ans, ils sont sous un contrat d'apprentissage ou en formation alternée. Dans ces deux cas, ils sont considérés comme étant à charge pendant la durée de celui-ci ou celle-ci.
- Les enfants de l'assuré décédé, nés dans les 300 jours suivant le décès.

Bénéficiaires | Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.

L'accord de prévoyance | L'accord de prévoyance du 11 juin 2010 de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers.

Contrats d'assurance | Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.

Le contrat d'assurance collectif des garanties optionnelles auquel l'entreprise peut adhérer, ayant pour objet de compléter les garanties du régime conventionnel, au bénéfice des salariés appartenant à la *catégorie assurée* définie en deuxième page de la présente notice d'information.

Autres termes utilisés :

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Acte authentique	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
Acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
Déclaration sociale nominative (DSN)	La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties prévoyance aux anciens salariés demandeurs d'emploi et <i>bénéficiaires</i> de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pendant une certaine durée.
Procédures collectives	Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.legifrance.fr
Salaire brut	Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance <i>maladie</i> . En sont exclus : <ul style="list-style-type: none">▪ les primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire,▪ les indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.
Salaire net	Salaire perçu au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none">▪ avant éventuelle imposition à la source,▪ après reconstitution éventuelle des périodes de <i>maladie</i>,▪ après déduction :<ul style="list-style-type: none">- de la CSG, CRDS non déductible du revenu imposable- et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance imposable.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les <i>bénéficiaires</i> .
Sinistre	Réalisation du risque.

Tranches de salaire
A, B et C

Le *salaire brut* est ventilé en tranches de salaire A, B et C :

- Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,

Tranche C (TC) : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de l'*Accord de prévoyance*.

En outre, Malakoff Humanis Prévoyance offre également la possibilité à l'entreprise de souscrire des garanties optionnelles complétant le régime conventionnel.

L'employeur, ci-après dénommé « le *souscripteur* » relevant de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers, adhère au(x) contrat(s) à adhésion obligatoire mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance.

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée, en application de l'*Accord de prévoyance* à gérer la garantie rente de *conjoint* assurée par l'OCIRP.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

TITRE 1. ADHESION AUX CONTRATS

Les contrats sont des contrats d'assurance collectifs à adhésion obligatoire, souscrit auprès de l'organisme assureur.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire les contrats.

Les contrats relèvent des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès).

1.1. Objet des contrats

Le contrat d'assurance collectif du régime conventionnel a pour objet d'accorder des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/ Incapacité permanente professionnelle et Capital Décès / Invalidité Absolue et Définitive / Rente éducation, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la ou aux *catégories assurées*.

1.2. Adhésion

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble des salariés appartenant à la *catégorie assurée* définie en première page de la notice d'information.

Les membres du personnel doivent être déclarés à l'*organisme assureur*. A défaut d'avoir été déclarés dans les conditions requises lors de la souscription, ces personnes ne bénéficient d'aucune garantie.

Pour la notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « assuré ».

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Sur demande de l'*organisme assureur*, les personnes assurables doivent alors transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés.

Il y précise notamment son état civil.

Les éléments d'affiliation ci-dessus mentionnés doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le souscripteur. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions de la notice d'information.

1.3. Prise en charge des risques en cours

L'*organisme assureur* peut garantir au jour de la date d'effet du contrat :

- les personnes en arrêt de travail,
- les personnes titulaires d'une rente éducation,
- les personnes titulaires d'une rente de conjoint *assurée* par l'OCIRP

1/ Le souscripteur avait souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif

À/ Les personnes dont le contrat de travail est toujours en cours à la date d'effet du contrat et qui seront listées au sein d'un avenant de « reprise de passif » bénéficient :

- des garanties incapacité de travail prévues au contrat, dès la date d'effet du contrat, si la personne est en situation de mi-temps thérapeutique ou d'invalidité compatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, pour autant que la *maladie* ou l'*accident* qui est à l'origine du *sinistre* soit différent de la *maladie* ou de l'*accident* qui est à l'origine de ladite situation d'incapacité à mi-temps thérapeutique ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat ;
- des garanties invalidité prévues au contrat, pour autant que la *maladie* ou l'*accident* qui est à l'origine du *sinistre* soit différent de la *maladie* ou de l'*accident* qui est à l'origine de leur situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat ;
- conformément aux obligations découlant des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ainsi que la revalorisation de la base des garanties Décès maintenue au titre de ce même contrat dans les conditions prévues à l'article 3.7.1 de la présente notice d'information ;
- des garanties Décès pour le montant éventuel de prestations qui excèdent celui des garanties Décès maintenues par l'ancien assureur, conformément à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) modifiée par l'article 34 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 (loi DDOSEC),

B/ Les personnes dont le contrat de travail est rompu à la date d'effet du contrat et qui seront listées au sein d'un avenant de « reprise de passif », bénéficient :

- conformément aux obligations découlant des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ainsi que la revalorisation de la base des garanties Décès maintenue au titre de ce même contrat dans les conditions prévues à l'article 3.7.1 de la présente notice d'information ;

C/ Les titulaires, au jour de la date d'effet du contrat, d'une rente éducation et/ ou d'une rente de conjoint qui seront listés au sein d'un avenant de reprise de passif, bénéficient :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre dudit contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à l'article 3.7.1 de la présente notice d'information.

2/ Le souscripteur souscrit pour la première fois un régime de prévoyance

Pour les souscripteurs n'ayant pas souscrit de contrat de prévoyance collectif antérieur, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat dès sa date d'effet en cas de changement d'état médical.

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail à l'invalidité,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

TITRE 2. GARANTIES

2.1. Capital décès « toutes causes »

En cas de décès d'un *assuré*, quelle qu'en soit la cause, l'*organisme assureur* verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information. Il est dépendant de la situation de famille.

Sont assimilés aux *assurés mariés* : le concubin notoire ou le partenaire lié par un PACS si l'*assuré*, à la date de son décès, est libre par ailleurs de tout lien de mariage ou de contrat de PACS et dans la mesure où le concubin notoire et le partenaire de PACS est désigné comme bénéficiaire en cas de décès de l'*assuré*.

Des majorations pour enfant(s) à charge supplémentaires sont appliquées.

L'assuré a le choix entre deux options :

- **option 1** : capital Décès,
- **option 2** : capital Décès minoré + Rente Education,

Ce choix s'effectue au moment de l'affiliation de l'*assuré*.

Le changement d'option est possible à tout moment.

En tout état de cause, l'option 1 sera obligatoirement retenue par l'*organisme assureur* :

- si l'*assuré* n'a pas d'*enfants à charge*,
- ou si le ou les enfant(s) à charge de l'*assuré* a (ont) plus de 19 ans.

2.2. Invalidité absolue et définitive

On entend par Invalidité Absolue et Définitive le cas du salarié reconnu par l'*organisme assureur* et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il doit en outre être classé en invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité Sociale (article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale), ou se voir attribuer, en cas d'*accident* de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème *accidents* du travail, et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'*assuré*, l'*organisme assureur* lui verse, par anticipation, le capital décès toutes causes de l'option 1, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité absolue et définitive, excepté s'il se trouve dans la situation visée à l'article 3.3 de la présente notice d'information.

Le capital est versé à compter de la consolidation de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'*assuré*.

Le versement du capital met fin à la garantie décès « toutes causes ».

L'*assuré* est le seul bénéficiaire.

2.3. Rente éducation

Si l'option 2 avec rente éducation est retenue, en cas de décès de l'*assuré*, il est versé au profit de chaque enfant à charge à la date du décès tels que définis au lexique de la présente notice d'information, une rente temporaire dont le montant est précisé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

En tout état de cause, le salaire minimum de référence pour le calcul des rentes éducation est égal à 100 % du plafond de la Sécurité sociale de l'année du décès.

Un palier court du lendemain de la date du décès de l'*assuré*, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint un âge limite indiqué.

Les rentes sont versées aux *enfants à charge* ou à leur représentant légal, trimestriellement à terme échu. Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Lorsque le versement de la rente est directement réalisé auprès du bénéficiaire personne physique, l'*organisme assureur* verse ladite rente après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme à la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.4. Rente de conjoint

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont l'organisme assureur est membre.

L'*organisme assureur* a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

■ Dispositions communes aux rentes temporaires et viagères

La garantie a pour objet de verser au *conjoint* survivant, une rente viagère ou une rente temporaire en cas de « décès toute cause » de l'*assuré* s'il remplit les conditions de versement de la rente.

Le montant des rentes est mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

■ Rente viagère

Elle est versée tant que son *bénéficiaire* est en vie.

La garantie prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès de l'*assuré*.

La rente est payable par trimestre civil, à terme échu.

■ Rente temporaire

Elle est versée si à la date du décès de l'*assuré* :

- l'époux ou l'épouse survivant(e) ne remplit pas les conditions d'attribution de la pension de réversion à taux plein du régime de retraite unifié AGIRC-ARRCO.
- le partenaire lié par un pacs ou le concubin n'a pas atteint l'âge auquel il aurait pu prétendre à ladite réversion s'il avait été marié avec l'*assuré*.

La garantie prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit le décès de l'*assuré*.

La rente est payable par trimestre civil à terme échu.

Cette rente est versée jusqu'au 1^{er} jour du trimestre civil suivant l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du ou des régimes de retraites complémentaires (ARRCO-AGIRC) et au plus tard au **55^{ème} anniversaire** du bénéficiaire.

La rente temporaire de conjoint peut s'ajouter à la rente viagère prévue ci-dessus.

2.5. Bénéficiaire(s) en cas de décès

Clause bénéficiaire contractuelle

A défaut de désignation particulière du bénéficiaire,
ou si cette désignation est devenue caduque,
ou en cas de décès du ou des *bénéficiaires* avant le décès de l'*assuré*,
le(s) bénéficiaire(s) du capital décès « toutes causes » dû au titre de la garantie est (sont) :

- le *conjoint* survivant de l'*assuré* à condition qu'il ne soit ni séparé de corps ou de fait ni en instance de divorce au moment du décès, ou le partenaire de l'*assuré* lié par un PACS ou le concubin* à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du Décès,

**Concubin* : la personne vivant en concubinage avec l'*assuré*, sous réserve que le concubin et l'*assuré* soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile.

- à défaut, les enfants dont la filiation, y compris adoptive ; est légalement établie, par parts égales entre eux,
- à défaut, le père et la mère, biologiques et/ou adoptifs, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux,
- à défaut, les héritiers de l'*assuré* par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

- Au moment ou au cours de son affiliation, l'assuré peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, à l'aide notamment de l'imprimé « désignation particulière de *bénéficiaires* » à demander auprès de l'*organisme assureur*. Les coordonnées du ou des *bénéficiaires* nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'*organisme assureur* de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des *bénéficiaires* peut également être effectuée par *acte sous seing privé* ou par *acte authentique*.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale de l'assuré, naissance...) sauf si le bénéficiaire reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce dernier cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable (excepté dans les cas légaux). Elle est caduque en cas de changement de situation matrimoniale (mariage, remariage, divorce...) sauf si l'assuré a expressément déclaré qu'elle serait maintenue en dépit de ce changement ou si le bénéficiaire avait antérieurement accepté la désignation faite à son profit.

CAS PARTICULIERS :

Les majorations du Capital Décès résultant de la présence d'*enfants à charge* sont attribuées :

- au parent survivant, s'il est bénéficiaire,
- ou, à défaut, aux enfants eux-mêmes, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le Capital Décès déduction faite des éventuelles majorations pour enfant à charge, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres *bénéficiaires*.

En cas de décès de l'assuré et du ou des *bénéficiaires* au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé avoir survécu le dernier.

2.6. Garanties arrêt de travail

2.6.1. Incapacité Temporaire de Travail

Définition et conditions de garantie

L'*organisme assureur* verse en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, une prestation dénommée indemnité journalière, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au service de prestations par l'*organisme assureur*, l'assuré qui, suite à une *maladie* ou un *accident* :

- est reconnu par l'*organisme assureur*, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle,
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale :
 - soit au titre de l'assurance *maladie*,
 - soit au titre des *accidents* de travail ou des *maladies* professionnelles,
- et qui n'a fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par le *souscripteur* suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail ou de lutte contre les déclarations tardives, l'*organisme assureur* ne compensera pas la baisse des prestations.

L'état d'incapacité doit être constaté dans un certificat médical établi par le médecin du salarié et peut faire l'objet d'une éventuelle expertise médicale à la demande de l'*organisme assureur* et/ou du *souscripteur*.

La période de versement des prestations par l'*organisme assureur* prend effet au terme d'une période de franchise mentionnée au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Si le *souscripteur* a choisi l'option « franchise 90 jours », la franchise continue de 180 jours prévue par le régime conventionnel pour salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire est portée à 90 jours continus.

Cessation du paiement des prestations Incapacité de Travail

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail :

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- ou dès que l'*assuré* reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- au plus tard, au terme de la période de 3 ans qui suit l'arrêt de travail pour les *assurés* reconnus en état de *maladie* de longue durée par la Sécurité sociale,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations », et en tout état de cause :
 - à la veille de la date à laquelle l'*assuré* est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
 - à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'incapacité au travail. (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite)

Montant de la garantie

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, au salaire net de référence défini à la présente notice d'information sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Ce montant s'entend brut de toutes charges sociales salariales et patronales susceptibles de grever les Prestations.

Rechute

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de six mois, d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à l'Incapacité Temporaire indemnisée par l'*organisme assureur*, il n'est pas fait application de la franchise visée au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

Versement des Indemnités

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini au titre « Versement des prestations » comportant notamment un certificat médical établi par le médecin traitant de l'*assuré* et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'*organisme assureur*.

Le *souscripteur* est dispensé de fournir les décomptes originaux d'indemnités journalières dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'*organisme assureur*.

Les indemnités sont versées au *souscripteur*, ce paiement libérant l'*organisme assureur* à l'égard de l'*assuré*. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement l'*assuré*.

Lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès de l'*assuré*, l'*organisme assureur* verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'*organisme assureur* a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.6.2.Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle

Définition et conditions de la rente

L'*organisme assureur* verse en cas d'invalidité de l'*assuré*, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée), une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

L'*assuré* est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'*organisme assureur*, lorsque, suite à une *maladie* ou un *Accident* constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement, dans des proportions déterminées par l'*organisme assureur*. L'*assuré* doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par la Sécurité sociale.

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des *accidents* du travail ou des *maladies* professionnelles.

L'*organisme assureur* procède au classement des invalides dans l'une des trois catégories ci-après :

- Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- Invalidité de 3^{ème} 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.

Le Médecin Conseil de l'*organisme assureur* n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'*organisme assureur* se base sur les conclusions de son Médecin Conseil pour procéder au classement des invalides.

Le versement de la rente cesse :

- dès que l'*assuré* reprend une activité professionnelle sans diminution de sa Rémunération brute,
- dès que la Sécurité Sociale cesse elle-même de verser une pension d'invalidité ou une rente au titre des *accidents* du travail ou des *maladies* professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité *accident* du travail ou *maladie* professionnelle devient inférieur à 33 %,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,

Si la rente de la Sécurité sociale est ou devient nulle, l'*organisme assureur* suspend ses prestations.

Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, au salaire net de référence, selon le classement par l'*organisme assureur* de l'*assuré* en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie d'invalides, sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité Sociale hors majoration tierce personne.

CAS PARTICULIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les prestations prévues pour la 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées *assurés* reconnus invalides par l'*organisme assureur* à la suite d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 66 %.

Si le taux d'incapacité fonctionnelle est compris entre 33% et 66 % le montant de la rente prévu pour la 2^{ème} catégorie d'invalides est affecté du coefficient minorant de $3n/2$ (n étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

En deçà de 33 %, le versement de la rente est suspendu.

En cas de conversion de la rente d'incapacité permanente Sécurité Sociale en capital, l'*organisme assureur* prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales.

Versement de la rente

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini au titre « Versement des prestations ».

La rente est versée directement à l'*assuré*. L'*organisme assureur* verse ladite rente après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'*organisme assureur* a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Néanmoins, le *souscripteur* doit préciser à l'*organisme assureur* le destinataire du paiement de la rente lorsque l'*assuré* invalide reste inscrit dans les effectifs du *souscripteur*. Dans ce cas, le paiement effectué au *souscripteur* libère l'*organisme assureur* à l'égard de l'*assuré*.

2.6.3.Règle de cumul des prestations arrêt de travail

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, le régime de prévoyance via l'*organisme assureur* ou tout autre *organisme assureur* ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'Assurance Chômage), ne peuvent conduire l'*assuré* à percevoir plus que 100% de son dernier salaire annuel net d'activité, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation défini par l'article 3.7.1.

Le salaire net s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'*organisme assureur*, avant application des prélèvements sociaux à la charge de l'*assuré*, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé à l'*assuré* les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité Sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Les *assurés* doivent fournir à l'*organisme assureur* toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si l'*assuré* refuse de fournir les informations, l'*organisme assureur* peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

2.7. Extension du salaire de référence

Si le *souscripteur* a choisi cette option, le salaire de référence servant au calcul des cotisations et des prestations du régime conventionnel et de la garantie Rente de conjoint définie à l'article 3.7 de la présente notice d'information, est limité à la Tranche C.

TITRE 3. DISPOSITIONS GENERALES

3.1. Entrée en vigueur des garanties – Suspension et conditions de maintien

3.1.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion du *souscripteur*, pour les *assurés* présents dans les effectifs à cette date.

À défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche intervenant postérieurement à l'adhésion du *souscripteur*.

3.1.2. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité.

Le bénéfice des garanties est maintenu à l'*assuré* dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par le *souscripteur*,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le *souscripteur*, qu'elles soient versées directement par le *souscripteur* ou pour son compte par un organisme tiers.

Les contributions du *souscripteur* et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité, les garanties sont suspendues.

3.2. Cessation de l'affiliation

Sous réserve de l'application des dispositions « maintien de garanties » de la présente notice d', l'affiliation du salarié cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion du *souscripteur*,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des salariés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès du *souscripteur*,
- et, en tout état de cause, à la date prise d'effet de la résiliation du contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve de l'application des dispositions intitulées « maintien de garanties » ci-dessous.

3.3. Maintien des garanties et des prestations

3.3.1. Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'*assuré* d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les *bénéficiaires* sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'*assuré* à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si le *souscripteur* n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'*organisme assureur* le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe au *souscripteur* d'informer l'*assuré* du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'*organisme assureur* n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'*assuré* satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le *souscripteur* a informé l'*organisme assureur* de la rupture du contrat de travail de l'*assuré*.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'*assuré* est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

En tout état de cause, l'affiliation de l'*assuré* cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- en cas de résiliation du contrat de l'entreprise.

Obligations déclaratives

L'*assuré* s'engage à fournir à l'*organisme assureur* :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

Le salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par la convention collective de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la *portabilité*.

Toutefois, les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L. 1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge au titre de la présente *portabilité*.

Le salaire de référence des garanties reste constitué par la rémunération brute définie contractuellement, perçue au cours des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.**

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations +brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de salaire de référence est celle prévue au contrat de travail.

La désignation de *bénéficiaires* en cas de décès éventuellement établie par l'*assuré* durant sa période d'activité demeure valide.

Pour la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, l'assuré ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de *portabilité* sont opposables à l'*assuré*. Le *souscripteur* s'engage à informer l'*assuré* de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'*organisme assureur*.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés *bénéficiaires* du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

3.3.2.Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat du *souscripteur*, les *assurés* peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'*organisme assureur* dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

3.3.3.Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Les prestations servies en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité en cours de service à la date de cessation des droits de l'*assuré* sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans la présente notice d'information.

Pour les *assurés* dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits de l'*assuré*, l'*organisme assureur* verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les *assurés* faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La clause de revalorisation prévue aux articles 3.7.1. et 3.7.2. continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

3.3.4.Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail de l'*assuré*, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'*organisme assureur*, ceci sans préjudice des stipulations de l'article 3.6.1. concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

3.4.Assiette et taux de cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires en vigueur.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B et de la tranche C si le *souscripteur* a souscrit l'option « extension Tranche C », soumises à cotisations.

Pour les *assurés* dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata-temporis de leur durée d'appartenance aux effectifs du *souscripteur*. Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois en cas d'arrêt de travail pour *maladie*, maternité ou *accident* (toutes origines) les garanties sont maintenues sans versement de cotisation conformément aux dispositions « exonération de cotisations » détaillées ci-dessous.

Pour les salariés placés en activité partielle en application des articles L.5122-1 et R.5122-1 du Code du travail, il résulte de l'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 que la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif. La présente disposition ne pourra s'appliquer au-delà du terme prévu par cette loi du 17 juin 2020 ou en dehors de toute prorogation légale ou réglementaire.

3.5.Exonération des cotisations et maintien des garanties

3.5.1.Exonération des cotisations

L'*organisme assureur* exonère le *souscripteur* du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, pour le salarié en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par l'*organisme assureur*. L'exonération est :

- totale s'il ne perçoit aucun salaire et s'il reste au moins un *assuré* actif cotisant chez le *souscripteur*,
- ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite de l'*assuré* en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité.

3.5.2.Maintien des garanties

L'*assuré* bénéficiant de l'exonération des cotisations visées ci-dessus bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites :

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, dans les conditions en vigueur à la date d'arrêt de travail ou à la date d'effet du contrat pour les salariés faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur,
- pour les garanties Décès, dans les conditions en vigueur à la date du décès.

3.5.3.Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité tels que prévus à la présente notice d'information,
- en cas de résiliation du contrat de le *souscripteur*.

3.6.Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance, hors garantie rente de conjoint, est le *salaire brut* annuel soumis à cotisations de Sécurité Sociale, après éventuelle déduction forfaitaire spécifique de 20%, perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Pour les *assurés* titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée, le salaire de base est constitué par la seule rémunération brute perçue au titre de l'activité salariée, au cours des douze mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès. Lorsque la période de 12 mois est incomplète, il est procédé à une reconstitution du salaire de référence.

Pour la garantie rente de conjoint, le salaire de référence est le salaire effectivement versé à l'assuré par le souscripteur, au titre de l'année civile précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations. En cas d'arrêt de travail n'ayant pas donné lieu à une rémunération complète, celle-ci est reconstituée sur la base de celle qu'il aurait perçue durant l'année entière, en prenant comme référence les éléments de rémunération antérieurs à l'arrêt de travail.

En cas d'embauche ou de promotion, l'organisme assureur reconstitue fictivement la rémunération qu'aurait perçue l'assuré au titre de l'année civile précédant l'évènement pour simuler la perception de la rémunération au titre de l'année civile complète.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des prestations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Le salaire de référence est limité à la Tranche B ou à la Tranche C si le souscripteur a souscrit l'option « Extension Tranche C ».

3.7.Revalorisation

3.7.1.Revalorisation des prestations

Sont revalorisables :

- les prestations Rentes Education,
- les prestations Rentes de Conjoint,
- les prestations Indemnités Journalières,
- les prestations Rentes d'invalidité,
- la Base des Prestations, en cas de décès pour les *assurés* bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

La revalorisation, hors rente de Conjoint, s'effectue sur la base du pourcentage de revalorisation des pensions du régime de base de la Sécurité sociale constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le *sinistre* et le 1er janvier, date de la revalorisation.

La première revalorisation des prestations intervient le 1er janvier suivant la date anniversaire du *sinistre* générateur des prestations.

La rente de Conjoint est quant à elle revalorisée selon un coefficient déterminé par l'OCIRP.

3.7.2.Revalorisation post-mortem

En cas de décès de l'*assuré*, le versement par l'*organisme assureur* du capital forfaitaire de l'allocation forfaitaire ou les arrérages de rente est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies à la présente notice d'information. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation du non versé par l'*organisme assureur*, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès de l'*assuré*, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Toutefois, la revalorisation *post-mortem* ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

Le taux moyen des emprunts de l'État français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

3.7.3.Fausse déclaration

Les déclarations du *souscripteur* et de l'*assuré* servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou de la part du *souscripteur* de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'*organisme assureur*. L'*organisme assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

3.7.4.Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les prestations en cours de service

Prestations en cours de service :

Les prestations incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, rente de conjoint et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation du contrat dans les conditions prévues par la notice d'information.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

En cas de changement d'*organisme assureur* :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que le nouvel *organisme assureur* :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel *organisme assureur* :

La revalorisation des prestations en cours de service et de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues à la notice d'information.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), les garanties Décès, sont maintenues aux *assurés* se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les Prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues à l'article 2.6.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du *sinistre* et la revalorisation de la base des prestations prévue à l'article 3.7, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si l'*assuré* a été affilié au contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'*organisme assureur* versera ses prestations Décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

3.8. Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties décès (hors garantie rente de conjoint), incapacité temporaire de travail, invalidité et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'*organisme assureur*, les *sinistres* qui résultent :

- d'une participation active de l'*assuré* dans des événements de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'actes de terrorisme, de rixes, à l'exclusion des cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, en cas de décès de l'*assuré*. Le capital ou les rentes seront toutefois versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :
 - aux autres *bénéficiaires* désignés,
 - ou aux *bénéficiaires* subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire ;
- de la transmutation du noyau de l'atome.

Ne donnent pas lieu à la garantie rente de conjoint, les *sinistres* qui résultent des cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne de l'*assuré* et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive.
- en cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie impliquée, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir.
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que l'*assuré* y prend une part active.

Ainsi que les *sinistres* survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

Le fait que l'*organisme assureur* ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

3.9. Déchéance

L'*assuré* ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* ou à l'occasion d'un *sinistre*, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du *sinistre*,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur*.

3.10. Recours – Prescription

3.10.1. Recours subrogatoire

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

Par ailleurs, les prestations que l'*organisme assureur* verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'*assuré*, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'*assuré*, 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.

3.10.2. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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 ignorée jusque-là.

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le bénéficiaire. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

Elle est portée à dix ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas l'*assuré* et, dans les opérations relatives à la couverture du risque *accident*, lorsque les *bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*assuré* en cas de décès de celui-ci.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi :

- d'une lettre recommandée avec avis de réception lorsque l'*organisme assureur* s'adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, lorsque l'*assuré* ou le bénéficiaire s'adresse à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

3.11. Réclamation – médiation

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

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le *souscripteur*, l'*assuré* et/ou les *bénéficiaires* peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des l'*organisme assureur* 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.

3.12. Autorité de contrôle

Les *organismes assureurs* sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

3.13. Dispositions diverses

3.13.1. Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'*organisme assureur* s'engage envers le *souscripteur* à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

3.13.2. Protection des données à caractère personnel

Les dispositions du contrat relatives à la protection des données personnelles sont modifiées de la façon suivante :

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 l'*organisme assureur*, 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.

- OCIRP a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à DPOcirp@ocirp.fr ou par courrier à : OCIRP, Pôle juridique et conformité, 17 rue de Marignan 75008 Paris

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4. VERSEMENT DES PRESTATIONS

4.1. Déclaration des sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour mettre en œuvre les garanties du contrat et le versement des prestations correspondantes, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) Bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du Sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du Sinistre (Accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur (Majorations pour Enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du ou des Bénéficiaires de la Prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de Sinistre, l'organisme assureur n'est redevable d'aucune Prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un Sinistre réel.

4.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> 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 (article 3.6. « Base de calcul des prestations »). 	●	●		●	●	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> Extrait d'acte de décès du défunt 	●		●	●	●	●		
<ul style="list-style-type: none"> Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès. 	●		●	●	●	●		
<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle 	●		●	●	●			
<ul style="list-style-type: none"> Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'événement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, 	●	●	●	●		●	●	●

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)								
<ul style="list-style-type: none"> 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 				•	•		•	•
<ul style="list-style-type: none"> Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année 			•	•		•		
<ul style="list-style-type: none"> 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 	•	•	•	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. 		•						•
<ul style="list-style-type: none"> Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 % 		•						•
<ul style="list-style-type: none"> Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 4.4. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives » 		•					•	•
<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété 		•					•	•
<ul style="list-style-type: none"> 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 							•	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facture acquittée 						●		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit 			●				●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 					●			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces justifiant que le <i>bénéficiaire</i> 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 (3) mois) 					●			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>l'accident</i>. 							●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (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 							●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 							●	●

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'<i>assuré</i> dans une des catégories d'invalidé de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %. 								•
<ul style="list-style-type: none"> Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i> 								•
<ul style="list-style-type: none"> RIB des bénéficiaires 	•	•	•	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'<i>assuré</i> (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) 	•	•	•		•	•		
<ul style="list-style-type: none"> Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation. 							•	•

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

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

4.3. Obligations de l'*assuré*

L'*assuré* s'engage à informer, sans délai, l'*organisme assureur* de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'*organisme assureur* et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au Pôle Emploi,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un *sinistre* Incapacité Temporaire de Travail, si l'*assuré* perçoit un salaire par le *souscripteur* et d'autres employeurs, l'*assuré* doit communiquer à l'*organisme assureur* le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

A défaut, l'*organisme assureur* se réserve le droit de suspendre ses prestations.

4.4. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout évènement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées à la présente notice d'information 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 au titre de chaque garantie.

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 **trente jours qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail**, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit 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**.

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

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

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

4.5. Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

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

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'*assuré* peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'*assuré*, ou le cas échéant, le médecin de l'*assuré* et celui choisi par l'*organisme assureur*, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'*organisme assureur* et l'*assuré*.
Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'*assuré*. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

4.6. Versement des prestations décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'*organisme assureur* verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de l'*Accord de prévoyance*.

En outre, Malakoff Humanis Prévoyance offre également la possibilité à l'entreprise de souscrire des garanties optionnelles complétant le régime conventionnel.

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au(x) contrat(s) d'assurance collectif de prévoyance auquel(auxquels) il a adhéré auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

A _____ le _____

Signature



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 775 691 181



**Organisme Commun des Institutions des
Rentes et de Prévoyance**

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de
la sécurité sociale

Siège social : 17 rue de Marignan, 75008 Paris.