

Prévoyance

Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial (IDCC 1316)

Notice d'information salarié

« Personnel cadre » et « Personnel non-cadre »

Édition janvier 2022

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	5
TITRE I MISE EN PLACE DES GARANTIES	7
1.1. Objet du contrat	7
1.2. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat	7
1.3. Obligations du souscripteur	
1.4. Affiliation des membres du personnel	8
1.5. Prise en charge des risques en cours	9
TITRE II GARANTIES PRÉVOYANCE	10
2.1. Garanties Décès	10
2.2. Garanties Arrêt de travail	15
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	18
3.1. Prise d'effet et durée des garanties	18
3.2. Maintien des garanties	18
3.3. Cotisations	21
3.4. Exonération des cotisations	22
3.5. Salaire de référence	22
3.6. Revalorisation	23
3.7. Résiliation du contrat	23
3.8. Exclusions	25
3.9. Déchéance	25
3.10. Recours - Prescription	25
3.11. Réclamation - Médiation	26
3.12. Autorité de contrôle	27
3.13. Dispositions Diverses	27
TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS	31
4.1. Déclaration des sinistres	31
4.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	31
4.3. Obligations de l'assuré	31
4.4. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives	31
4.5. Contrôle médical	32
4.6. Versement des prestations décès	32
4.7. Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s) :	33
4.8. Degré élevé de solidarité	33
ANNEXE : GARANTIES	34
ANNEXE : PIÈCES JUSTIFICATIVES	37

LEXIQUE

Dans la présente notice, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur (au singulier)	<p>L'organisme assureur des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle, Capital décès, Invalidité absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat : Malakoff Humanis Prévoyance ou AG2R Prévoyance ou MUTEX. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et de la catégorie assurée.</p> <p>L'organisme assureur des garanties Rente d'éducation, Rente de conjoint substitutive et de la Garantie handicap est l'OCIRP. L'organisme assureur retenu visé ci-dessus est habilité à gérer les garanties assurées par l'OCIRP.</p>
Les organismes assureurs (au pluriel)	<p>Malakoff Humanis Prévoyance, AG2R Prévoyance, MUTEX et l'OCIRP.</p>
L'accord de prévoyance	<p>L'avenant du 22 novembre 2021 à l'accord du 17 novembre 2016 relatif aux régimes frais de santé et prévoyance institués dans la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial.</p>
Le contrat d'assurance	<p>Le contrat d'assurance souscrit dans le cadre de la présente notice d'information, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.</p>
Le souscripteur	<p>L'entreprise relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'organisme assureur retenu au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.</p>
La catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés de l'Entreprise appartenant à la catégorie assurée mentionnée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues au contrat.</p>
L'assuré	<p>La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.</p>
Le conjoint	<p>Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) et à défaut le concubin :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Le conjoint de l'assuré légalement marié, non-séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), non divorcé,▪ ou à défaut, le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS),▪ ou à défaut, le concubin de l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil. Le concubin et l'assuré doivent tous les deux être célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement. Ils doivent prouver une période de deux ans de vie commune et que leur domicile fiscal est le même.

<p>Les enfants à charge</p>	<p>Sont considérés à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jusqu'à leur 21^e anniversaire, sans condition, ▪ Jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous condition soit : <ul style="list-style-type: none"> - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED), - d'être en apprentissage, - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus, - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle, - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés. <p>Par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin (e) ou du partenaire lié par un PACS de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès ou de l'invalidité absolue et définitive (IAD) et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.</p>
<p>Les bénéficiaires</p>	<p>Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.</p>
<p>Accident</p>	<p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. Ne sont pas considérés comme accidents, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.</p>
<p>L'acte authentique</p>	<p>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.</p>
<p>L'acte sous seing privé</p>	<p>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.</p>
<p>Affection de longue durée (ALD)</p>	<p>Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.</p>

Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond de la Sécurité sociale	Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L.241-3 et D.242-17 du Code de la sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.
Portabilité	Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.
Sinistre	Réalisation du risque.
Les tranches de salaire 1 et 2	<p>Le salaire étant ventilé en tranches de salaire 1 et 2, celles-ci s'entendent ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française,▪ Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française.

PRÉAMBULE

Le souscripteur relève de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial.

Par accord du 17 novembre 2016, modifié en dernier lieu par avenant du 22 novembre 2021 les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance au bénéfice des salariés cadres et non cadres tels que définis à l'article 1.5.1 ci-après, des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la Convention collective nationale du Tourisme Social et Familial.

Après mise en concurrence d'organismes assureurs, dans le respect du décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 et de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont recommandé :

- **Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle, Capital décès, Invalidité Absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques :**
 - **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,
 - **Mutex**, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances, Siège social : 140, Avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX,
Mutex est représentée pour la mise en place du contrat, sa conclusion le cas échéant, ainsi que son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières. Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat.
 - **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris,
- **Pour la couverture des garanties Rente d'éducation, Rente de conjoint substitutive et de la Garantie handicap :**
 - **OCIRP** (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris,

afin de couvrir et d'assurer la mutualisation du régime conventionnel de prévoyance.

Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle, Capital décès, Invalidité absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et des assurés. Il est gestionnaire de l'ensemble des garanties, y compris celles qui sont assurées par l'OCIRP.

Tous les contrats souscrits dans le cadre de la présente notice d'information feront l'objet d'un suivi technique mutualisé ; toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble des contrats. La présente notice d'information a pour but d'offrir un récapitulatif des droits, et obligations contractuelles découlant du contrat de prévoyance conclu.

TITRE I MISE EN PLACE DES GARANTIES

1.1. Objet du contrat

Le contrat mis en place est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire** souscrit auprès de l'organisme assureur retenu par l'entreprise.

Le contrat d'assurance souscrit par le souscripteur a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance définies dans l'Accord de prévoyance.

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent notamment les obligations des parties contractantes ainsi que les modalités d'application des garanties, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir. Les conditions générales comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription. Elles seront complétées, le cas échéant, par des annexes relatives aux garanties couvertes et à la signature électronique ;
- **le contrat d'adhésion ou les conditions particulières** qui définissent notamment pour chaque entreprise la date d'effet du contrat, la catégorie assurée, les taux de cotisations et, le cas échéant, les garanties couvertes.

Il est susceptible d'être complété d'avenants ou de lettres valant avenant en modifiant ses dispositions.

La présente notice d'information a pour objet de fournir un récapitulatif sur la mise en œuvre des garanties mises en place par le contrat souscrit par l'entreprise, ainsi que les formalités à accomplir dans le cas de la réalisation du risque.

Elle liste par ailleurs les nullités, exclusions, déchéances et limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription des garanties.

1.2. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et expire le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Chacune des parties signataires du contrat peut le résilier DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation à l'initiative de l'organisme assureur s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception.

La notification de la résiliation par le souscripteur peut être effectuée **en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019** :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Les moyens de notification retenus par chaque organisme assureur sont détaillés au Titre V « Moyens de notification de la résiliation du contrat ».

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

En cas de changement d'activité plaçant le souscripteur en dehors du champ d'application de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, le souscripteur devra notifier ce changement à l'organisme assureur par l'un des moyens détaillés au Titre V « Moyens de notification de la résiliation du contrat » qui aura valeur de résiliation. La résiliation du contrat prend effet à la suite du délai de préavis de 3 mois et sous réserve du délai de survie (par défaut de 12 mois) prévu à l'article L.2261-14 du Code du travail pendant lequel le contrat continue de s'appliquer aux salariés.

1.3. Obligations du souscripteur

1.3.1 Information des Assurés

Le souscripteur reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions des articles L.932-6 du Code de la sécurité sociale et L.141-4 du Code des assurances, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

La notice d'information définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

Le souscripteur s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications de garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Le souscripteur est seul responsable à l'égard de l'assuré en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

La preuve de la remise de la notice d'information aux assurés et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

1.4. Affiliation des membres du personnel

1.4.1 Conditions d'affiliation des assurés

Les personnes assurables sont la totalité des salariés du souscripteur appartenant aux catégories de personnel définies aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, et dont le contrat de travail est en vigueur.

Dans le cadre du contrat d'assurance, on entend par :

- personnel cadre : les salariés répondant aux définitions des cadres résultant de l'application des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ;
- personnel non-cadre : les salariés ne répondant pas aux définitions des cadres résultant de l'application des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, et justifiant de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Pour la détermination de l'ancienneté dans l'entreprise, il y a lieu de comptabiliser les périodes de travail effectives et les congés et absences tels que mentionnés à la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial.

Sous réserve d'être déclarées à l'organisme assureur conformément aux obligations de l'entreprise, sont aussi affiliés :

- les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévu dans la présente notice d'information, et selon les conditions et modalités de financement spécifiées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion le cas échéant,
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du contrat jusqu'à expiration de leurs droits.

1.4.2 Prise d'effet de l'affiliation des assurés

L'affiliation prend effet pour chaque salarié :

- à la date de prise d'effet du contrat d'assurance, (et au plus tôt lorsque la condition d'ancienneté minimale requise est remplie pour le personnel non-cadre)
- à sa date d'embauche, si elle est postérieure à la date d'effet du contrat d'assurance (et au plus tôt lorsque la condition d'ancienneté minimale requise est remplie pour le personnel non-cadre),
- le cas échéant, à sa date d'entrée dans la catégorie assurée, en cas de changement de catégorie postérieurement à la date d'effet du contrat d'assurance,

sous réserve d'avoir été déclaré à l'organisme assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, l'affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

1.5. Prise en charge des risques en cours

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les assurés sont garantis à la date de prise d'effet du régime de prévoyance prévu par l'avenant du 22 novembre 2021 à l'accord du 17 novembre 2016 et ses avenants subséquents, pour les prestations suivantes :

1.5.1 Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective de prévoyance

1/ Les salariés, anciens salariés en arrêt de travail au jour de la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, et titulaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité au titre d'un régime antérieurement souscrit par l'entreprise auprès des organismes assureurs recommandés ou auprès d'un autre organisme assureur bénéficiant au titre du contrat :

- de la revalorisation de leurs indemnités journalières ou de leurs rentes d'invalidité perçues au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues par ce contrat ;
- de la revalorisation de la base des garanties en cas de décès, selon les conditions prévues par le contrat du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit ;
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant 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).

2/ Les titulaires de rente d'éducation, de rente de conjoint substitutive ou de garantie handicap au titre d'un régime antérieurement souscrit par l'entreprise auprès des organismes assureurs recommandés ou auprès d'un autre organisme assureur bénéficiant au titre des conditions générales, rappelé dans la présente notice d'information :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues par ce contrat.

1.5.2 Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective de prévoyance

Les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient d'une prise en charge intégrale dans les conditions prévues à la présente notice d'information dès sa date d'effet au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date, y compris en cas de changement d'état médical survenu postérieurement.

Le changement d'état médical s'entend :

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

Financement de la prise en charge des risques en cours :

Les taux de cotisation définis au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières incluent le financement de la prise en charge des risques en cours.

Ce financement prend la forme d'une cotisation répartie par garantie, destinée à la prise en charge mutualisée des risques en cours au niveau de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la présente notice d'information.

TITRE II GARANTIES PRÉVOYANCE

2.1. Garanties Décès

2.1.1 Invalidité Absolue et Définitive

Définition de la garantie

Lorsque l'assuré est reconnu, avant la liquidation de sa pension vieillesse (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite), en état d'invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur lui verse une prestation par anticipation.

On entend par invalidité absolue et définitive, le cas de l'assuré 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 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale, en application de l'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 prévue à l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, reconnue par l'organisme assureur, celui-ci lui verse :

- le Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 2.1.2 de la présente notice d'information,
- s'il y a lieu, la rente d'éducation définie à l'article 2.1.4 de la présente notice d'information,
- et, s'il y a lieu, la rente de conjoint substitutive prévue à l'article 2.1.5 de la présente notice d'information,
- et, s'il y a lieu, la garantie handicap prévue à l'article 2.1.6 de la présente notice d'information,

sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date de l'invalidité absolue et définitive, excepté si l'assuré se trouve dans la situation visée au paragraphe « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès » de l'article 3.7.1 de la présente notice d'information.

Le versement du capital et des rentes susmentionnées le cas échéant en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article 2.1.2 « Capital Décès » et celles prévues selon le cas aux articles 2.1.4 « Rente d'éducation », 2.1.5 « Rente de conjoint substitutive » et 2.1.6 « Garantie handicap ».

Le capital est versé obligatoirement à l'assuré ou à son représentant légal.

Montant de la garantie

Le montant du capital est mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

2.1.2 Capital décès

Objet de la garantie

En cas de décès de l'assuré, l'organisme assureur verse aux bénéficiaires un capital dont le montant est mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Bénéficiaires des garanties

Désignation contractuelle de bénéficiaire (clause type, à défaut de désignation particulière) :

A défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou de(s) bénéficiaire(s) avant le décès de l'assuré, le(s) bénéficiaire(s) du Capital décès sont :

- le conjoint de l'assuré non divorcé et non-séparé de corps judiciairement. Il est assimilé au conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement, le partenaire auquel l'assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- ou, le concubin, sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent, à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents soit né de l'union, à défaut qu'il peut être prouvé une période de deux ans de vie commune ;
- à défaut, les enfants nés, à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, les petits-enfants, par part égales ;
- à défaut, les parents, par part égales,

- à défaut, les grands-parents, par part égales ;
- à défaut, les héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par l'assuré :

L'assuré peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé de désignation particulière de bénéficiaire(s) que l'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée, sauf en cas d'acceptation du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de désignation particulière, si à la date du décès de l'assuré, tous les bénéficiaires désignés sont prédécédés ou refusent le capital, ou lorsque le seul bénéficiaire est identifié par un lien familial (conjoint, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité, alors le capital est réintégré à l'actif successoral. Il appartient à l'assuré d'anticiper cette situation en mentionnant sur sa désignation particulière, si telle est sa volonté, autant de bénéficiaires « par défaut » que nécessaire et/ou en mentionnant de façon générique « à défaut mes héritiers ».

2.1.3 Double effet

En cas de décès du conjoint (tel que défini au Lexique) simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, l'organisme assureur verse un capital dont le montant figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du conjoint qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'assuré,
- postérieur, le décès du conjoint qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.

Bénéficiaire de la prestation, répartie par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des enfants à charge du Lexique au jour du décès de l'assuré et qui sont à la charge du conjoint au jour de son décès selon les mêmes critères.

Le capital est versé directement aux enfants à charge s'ils sont majeurs à la date du versement de la part de capital ; à leurs représentants légaux en qualité si, à la date du versement de la part de capital, les enfants sont mineurs.

La garantie intervient sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date du décès du conjoint.

2.1.4 Rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Objet de la garantie :

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

L'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive définie à l'article 2.1.1 de l'assuré, l'organisme assureur verse à chaque enfant à charge, ou à son représentant légal si ce dernier n'a pas atteint la majorité, une rente temporaire dont le montant est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

La qualité d'enfant à charge telle que définie au Lexique s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

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

Doublement de la rente d'éducation :

Lorsque les enfants à charge de l'assuré deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, l'organisme assureur leur attribue un doublement de la rente temporaire d'éducation dont le montant est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Point de départ de la prestation :

Il est fixé au 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation :

La rente d'éducation est versée par quart, trimestriellement, à terme à échoir ou « d'avance ».

Le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation. Il doit également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Lorsque le versement de la rente est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, 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.

Cessation des prestations :

La rente d'éducation et le doublement rente d'éducation cessent à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

2.1.5 Rente de conjoint substitutive (assurée par l'OCIRP)

Objet de la garantie :

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

L'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires

Si l'assuré est sans enfant à charge au jour de son décès ou de l'invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 2.1.1, l'organisme assureur verse :

- en cas de décès de l'assuré, une rente substitutive de la rente d'éducation au conjoint de l'assuré,
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, une rente substitutive de la rente d'éducation à l'assuré.

Le montant de la rente est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Le versement par anticipation de la rente de conjoint substitutive en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie en cas de décès de l'assuré.

Point de départ de la prestation

Il est fixé au 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation

La rente substitutive en cas d'absence d'enfant à charge est versée par quart, trimestriellement, à terme à échoir ou « d'avance ».

Le bénéficiaire de la rente est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation. Il doit également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement de la prestation.

Lorsque le versement de la rente est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, 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.

Cessation des prestations :

La rente substitutive en cas d'absence d'enfant à charge cesse :

- **au terme de la durée temporaire fixée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information,**
- **à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et, au plus tard, à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale à taux plein,**
- **à la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.**

2.1.6 Garantie handicap (assurée par l'OCIRP)

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

L'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

Si l'enfant à charge de l'assuré tel que défini au Lexique est reconnu en état de handicap au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive définie à l'article 2.1.1 de l'assuré, l'organisme assureur lui verse un capital unique ainsi qu'une rente viagère dont le montant annuel est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Cette prestation est versée au bénéfice de chaque enfant à charge en état de handicap atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal et ce, par référence à l'article 199 septièmes du Code général des Impôts.

Le versement par anticipation du capital et de la rente en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie en cas de décès de l'assuré.

Reconnaissance de l'état d'handicap :

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

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

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

Point de départ de la prestation :

Il est fixé au 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation :

Le capital unique est versé à l'enfant en état de handicap ou à son représentant légal.

La rente viagère au bénéfice de l'enfant en état de handicap (le cas échéant versée à son représentant légal) est versée trimestriellement ou annuellement à terme à échoir ou « d'avance ».

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

Lorsque le versement des prestations est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, 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.

Cessation des prestations :

La rente enfant en état de handicap cesse à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

2.1.7 Frais d'obsèques

Définition de la garantie :

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, ou d'un enfant à charge **de plus de 12 ans** tels que définis au Lexique, l'organisme assureur verse un capital à la personne qui a engagé et réglé les obsèques, sur production d'un justificatif.

Montant de la garantie :

Le montant du capital est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information. Il ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par la personne qui a réglé les obsèques.

La garantie intervient sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date du décès de l'assuré (excepté si l'assuré se trouve dans la situation visée au paragraphe « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès » de l'article 3.7.4 de la présente notice d'information), du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans.

2.2. Garanties Arrêt de travail

2.2.1 Incapacité Temporaire de Travail

Définition de la garantie :

L'organisme assureur verse en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré pour maladie ou accident ouvrant droit à prise en charge par la Sécurité sociale, une indemnité journalière complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale, dont le montant figure au contrat d'adhésion, ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Le montant annuel des indemnités journalières indiqué est fixé en pourcentage du salaire de référence, est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant de cotisé insuffisant, les indemnités journalières complémentaires seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

Point de départ de la prestation :

Ces indemnités journalières complémentaires sont versées à l'assuré à l'issue d'une période de **franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinus**.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par la Sécurité sociale, et prises en charge ou non au titre du contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

A l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la Sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les assurés ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de carence de trois jours). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Cessation des prestations :

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- **le jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,**
- **pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant, à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur retenu décide de leur cessation,**
- **dès que l'assuré reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,**
- **à la veille de la date à laquelle l'assuré est reconnu en état d'invalidité, incapacité permanente professionnelle (totale ou partielle),**
- **à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite),**
- **en cas de décès de l'assuré,**
- **en tout état de cause au plus tard au 1095^e jour d'arrêt de travail,**
- **en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat.**

Salarié en situation de temps partiel thérapeutique :

Le salarié en situation de temps partiel thérapeutique sera indemnisé par l'organisme assureur.

Il sera fait un calcul entre le salaire que reçoit l'assuré en tant que travailleur actif et l'indemnité qu'il reçoit en tant que salarié en arrêt total d'activité pour raison de santé.

Le montant de l'indemnité totale reçu par l'assuré en état de temps partiel thérapeutique sera calculé sur la base du prorata entre les deux montants ci-dessus calculés au prorata de son taux d'activité.

L'ensemble des sommes perçues à divers titres (salaires, indemnités journalières de la Sécurité sociale, indemnités journalières du régime de prévoyance) ne peut être supérieur au salaire mensuel revalorisé perçu par le salarié dans la période précédant l'arrêt de travail.

Rechute :

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux 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 précisée au paragraphe « Point de départ de la prestation » ci-dessus, et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

Versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini au Titre IV « Versement des prestations » comportant notamment les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'organisme assureur. L'entreprise est dispensée de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

Pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant insuffisant, les indemnités sont payables sous réserve de la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale, et après avis du médecin conseil de l'organisme assureur. La poursuite du versement de la prestation dans le temps est décidée et contrôlée par le médecin conseil de l'organisme assureur.

Cette prestation est versée à l'entreprise si l'assuré fait encore partie de l'effectif ; à charge pour l'entreprise de la reverser à l'assuré, nette de charges sociales et d'impôt sur le revenu. **Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé à l'article 2.2.3 « Règle de cumul » soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.**

Dans le cas contraire, lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès de l'assuré, l'organisme assureur verse **dans le respect du principe indemnitaire énoncé à l'article 2.2.3 « Règle de cumul**, 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.

2.2.2 Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle

Définition :

Il peut être attribué une rente d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente professionnelle à tout assuré, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur*, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur*, selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - 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,**et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;**
- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur*, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale soit au moins égal à 33%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Si le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est compris entre 33 % inclus et moins de 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 cas de conversion de la rente d'incapacité permanente de la 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.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

*** Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 4.5 de la présente notice d'information. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.**

Le montant annuel de la rente d'invalidité et de la rente d'incapacité permanente professionnelle est fixé sauf mention différente, en pourcentage du salaire de référence des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale. Il est indiqué au contrat d'adhésion, ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Point de départ de la prestation :

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle est servie à compter du versement de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale.

Versement des rentes :

La rente est payable directement à l'assuré sur présentation et après acceptation du dossier complet défini au Titre IV « Versement des prestations » comportant notamment, de manière périodique, un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente d'invalidité par la Sécurité sociale.

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 il a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

La rente est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée à l'article 2.2.3 « Règle de cumul » en cas de versement d'un éventuel salaire à temps partiel notamment.

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'assuré mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Cessation de la prestation :

Le versement de la rente cesse :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité permanente suite accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33 %,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude de travail
- à la date du décès de l'assuré,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une invalidité au sens du contrat.

2.2.3 Règle de cumul

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

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

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

TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1. Prise d'effet et durée des garanties

3.1.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation de l'assuré au contrat.

3.1.2 Cessation des garanties

Les garanties du contrat d'assurance cessent, sauf application des cas de « Maintien des garanties » prévus à l'article 3.2, et de la poursuite de la garantie prévue à l'article 3.7.5 de la présente notice :

- soit à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.) ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf si l'assuré se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 3.3.2 « Défaut de paiement » ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4 « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat ».

3.2. Maintien des garanties

3.2.1 En cas de suspension du contrat de travail

A. En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire versé par le souscripteur,
- ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale et/ou le régime complémentaire de prévoyance (indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle) que le souscripteur finance le cas échéant au moins pour partie et dont les prestations sont directement versées par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (organisme assureur),
- ou
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail),
 - de toute période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, sauf « Exonération des cotisations » prévue à l'article 3.4.1, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 3.3.1 « Assiette et montant des cotisations ».

B. En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail non visée au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » (congé parental d'éducation, congé de formation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, création d'entreprise, etc.), les garanties sont suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail non rémunérée ou indemnisée.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'assuré dont le contrat de travail est suspendu. Le décès, l'invalidité absolue et définitive ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge par l'organisme assureur.

Toutefois, les assurés ont la possibilité de demander le maintien des garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Les cotisations seront recouvrées selon le montant et la périodicité indiqués sur le bulletin individuel d'affiliation ou le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle ou selon les modalités définies au contrat ou conditions particulières.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, le maintien des garanties pourra prendre fin dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La cessation du maintien des garanties par l'organisme assureur ne le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

Le maintien des garanties reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Ce maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré selon les modalités définies ci-dessus,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'affiliation par l'assuré, sous réserve d'en faire la demande à l'Organisme Assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. L'assuré peut adresser sa demande de dénonciation de l'affiliation par l'un des moyens indiqués au Titre VI « Moyens de notification de la résiliation du contrat » de la présente notice d'information. Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La cessation du maintien des garanties est définitive :

- à la date de sortie des effectifs, sauf application de l'article 3.2.2 le cas échéant,
- à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en cumul emploi-retraite auprès de l'entreprise,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat.

3.2.2 En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

Conditions au maintien des garanties :

Sous réserve pour l'assuré d'être éligible au dispositif de l'article L.911-8 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 ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde.

Les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le souscripteur avant la date de cessation du contrat de travail.

Le souscripteur doit informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien de couverture de l'assuré au titre de la portabilité des droits (date et motif).

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 », si l'organisme assureur le propose, 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.

Date d'effet et durée du maintien des garanties :

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.

Lorsque ces contrats de travail sont consécutifs chez ce même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail, ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 1.4.1 « Conditions d'affiliation des assurés », les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties définies à la présente notice pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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 souscrit par le souscripteur,
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Obligations déclaratives :

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Conditions au maintien des garanties » et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire en cas de décès devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au Pôle Emploi.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

Garanties maintenues :

L'assuré bénéficie du maintien des garanties prévues au contrat au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

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 par la portabilité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

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

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 perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

En tout état de cause, les évolutions des dispositions contractuelles (notamment modification des garanties et des conditions de règlement) ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré bénéficiaire de la portabilité. 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.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article 3.6 « Revalorisation »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Financement :

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

3.2.3 Effets de la cessation de l'affiliation de l'assuré sur les prestations en cours de service

Les prestations servies en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle en cours de service à la date de cessation des droits de l'assuré, ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation du contrat de travail, 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 survenu 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.

3.2.4 Effets de la cessation de l'affiliation de l'assuré sur les garanties Décès

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente professionnelle, à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties Décès en vigueur au jour de l'événement ouvrant droit à prestations. Les garanties Décès sont maintenues durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations en cas d'incapacité temporaire, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

3.3. Cotisations

3.3.1 Assiette et montant des cotisations

La cotisation est exprimée en fonction des tranches de rémunération brute 1 et 2 soumises à cotisations de la Sécurité sociale.

Les tranches de rémunération sont définies au Lexique.

Ce salaire annuel brut comprend les rémunérations variables, commissions, gratifications et primes.

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 à leur catégorie assurée.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur, le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur au cours de la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations prévue à l'article 3.4.1 de la présente notice éventuellement applicable.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe B « En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information, les cotisations sont calculées sur l'assiette annuelle des cotisations définie au présent article étant entendue que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

3.3.2 Défaut de paiement

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au souscripteur. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi), l'organisme assureur pourra résilier le contrat, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les assurés de la défaillance du souscripteur.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

3.4. Exonération des cotisations

3.4.1 Exonération des cotisations

Le souscripteur est exonéré du paiement des cotisations (tant patronale que salariale) afférentes aux garanties du contrat d'assurance, pour l'assuré en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle dès le premier versement, par l'organisme assureur, des prestations relatives aux garanties correspondantes.

L'exonération est totale 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, en incapacité permanente professionnelle ou de l'assuré percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur au cours de la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

3.4.2 Maintien des garanties

L'assuré exonéré des cotisations bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites.

3.4.3 Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération des cotisations et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps plein des salariés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur,
- en cas de résiliation du contrat.

3.5. Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales perçu au cours des 12 mois civils ayant précédé le sinistre (décès, reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, arrêt de travail), y compris les rémunérations variables, commissions, gratifications et primes.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches 1 et 2 définies au Lexique.

Pour les assurés titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée (cumul emploi-retraite), 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 l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par le souscripteur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe B « En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information, les prestations sont calculées sur l'assiette annuelle des prestations définie au présent article étant entendue que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie au contrat et divisée par 365.

3.6. Revalorisation

3.6.1 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, la revalorisation des prestations périodiques en cours de service est effectuée en fonction :

- de l'indice fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP annuellement, pour les rentes d'éducation, de conjoint substitutive et handicap,
- de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO pour les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle.

3.6.2 Revalorisation du salaire de référence d'un assuré en arrêt de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence des garanties Capitaux décès est revalorisé, en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre :

- la date du décès ou la date de l'exigibilité du capital en cas d'invalidité absolue et définitive,
- et
- la date d'arrêt de travail.

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul des rentes d'éducation, de conjoint substitutive et handicap est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

3.6.3 Revalorisation post-mortem

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (art 4.6 de la présente notice d'information) selon les conditions définies au présent contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation dû 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 et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives, 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.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

(*) article également applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale

3.7. Résiliation du contrat

3.7.1 Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la résiliation annuelle décrit à l'article 1.3, le contrat peut être résilié dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

3.7.2 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le souscripteur, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 3.3.3.

3.7.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du Code de commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L.641-11-1 du Code de commerce en matière de liquidation judiciaire et selon les modalités définies au contrat d'assurance.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des assurés, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

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 :

En cas de changement d'organisme assureur, les prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat. La résiliation ou le non-renouvellement met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

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, de l'invalidité permanente ou de l'incapacité permanente professionnelle ainsi que les rentes d'éducation, substitutive de conjoint et handicap,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ainsi que de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues aux articles 3.6.1 et 3.6.2 de la présente 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, les garanties Décès (à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'assuré : double effet, frais d'obsèques) sont maintenues aux assurés se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité-incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.

Les Prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du Sinistre (Décès).

Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent 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.

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

Par ailleurs, les Organismes assureurs pourront proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

3.8. Exclusions

3.8.1 Exclusions applicables aux garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive :

Sont exclus, les sinistres résultants :

- de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré (hors suicide) ;
- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou de maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre de l'assuré par le bénéficiaire ;
- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

3.8.2 Exclusions applicables aux garanties incapacité de travail et invalidité-incapacité Permanente :

Sont exclus les sinistres résultants :

- de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ;
- des conséquences d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- des conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- des conséquences d'accidents ou de maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

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, incapacité permanente 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.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'organisme assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

3.10.2 Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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 l'action du souscripteur, 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, 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.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, c'est-à-dire :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur, en ce qui concerne règlement de la prestation de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'assuré, le bénéficiaire à l'organisme assureur.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1er alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

3.11. Réclamation - Médiation

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

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

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

- 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.

Pour AG2R Prévoyance :

- par courrier au point d'entrée unique pour la prévoyance / santé à :
AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX

Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22

Pour Mutex :

- par courrier auprès des services de gestion :
 - de Mutex (uniquement pour les garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et la garantie handicap),
 - de Chorum Conseil pour toutes les autres garanties.

- Après intervention des services de gestion, si la réclamation n'était pas réglée, le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations peuvent écrire à :

MUTEX
Service Qualité Relation Adhérent
140, avenue de la République
CS 30007
92327 Châtillon Cedex

en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

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, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice :

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

- 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/>

Pour Mutex :

- pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive, incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente professionnelle assurées par Mutex, au médiateur de l'assurance par courrier à :
La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
ou par internet à : <http://www.mediation-assurance.org>
- pour les garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et la garantie handicap assurées par l'OCIRP, au médiateur de la protection sociale (CTIP) par courrier recommandé avec accusé de réception 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/>.

Pour AG2R Prévoyance :

- au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.
- Et en cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamation d'AG2R LA MONDIALE, visés ci-dessus, les réclamations peuvent être présentées par courrier au médiateur de la protection sociale (CTIP) par courrier recommandé avec accusé de réception 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/>.

3.12. Autorité de contrôle

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

3.13. Dispositions Diverses

3.13.1 Protection des données à caractère personnel

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

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse :

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

- par courrier à :

Malakoff Humanis
Pole Informatique et Libertés

21 rue Laffitte
75317 Paris Cedex 9

- ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com

Pour Mutex :

- par courrier au :

Délégué à la Protection des Données de Mutex
140 avenue de la République
CS 30007
92327 Châtillon Cedex

- ou par courriel à : dpo@mutex.fr

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Pour AG2R Prévoyance :

- par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.
- ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

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 l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur 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 réidentification 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 organismes 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 l'organisme assureur 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.

L'organisme assureur 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, l'organisme assureur 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 l'organisme assureur 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 l'organisme assureur 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.

L'organisme assureur 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, l'organisme assureur 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 l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur 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 à l'adresse suivante :

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

- par courrier à :

Malakoff Humanis
Pole Informatique et Libertés
21 rue Laffitte
75317 Paris Cedex 9

- ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com

Pour Mutex :

- par courrier au :

Délégué à la Protection des Données de Mutex
140 avenue de la République
CS 30007
92327 Châtillon Cedex

- ou par courriel à : dpo@mutex.fr

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Pour AG2R Prévoyance :

- par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.
- ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

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 sur le site www.bloctel.gouv.fr.

3.13.2 Territorialité

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

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

TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS

4.1. Déclaration des sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'organisme assureur les déclarations et pièces justificatives mentionnées à l'annexe « Pièces nécessaires au paiement des prestations » de la présente notice d'information.

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 la 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 (rente enfant handicapé ...).

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.

4.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées à l'annexe « Pièces nécessaires au paiement des prestations » de la présente notice d'information.

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 du 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

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs mentionnés à l'annexe « Pièces nécessaires au paiement des prestations » de la présente notice d'information doivent être produites à l'organisme assureur dans les conditions suivantes :

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 notice 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 **30 jours, et à période de franchise atteinte** sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant à prestation.

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

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire :

Lorsque l'organisme assureur le prévoit, et sur sa demande, dans le cas de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, un **certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par 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 30 jours**.

Dans ce cas et 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 (10) 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 selon les modalités définies à l'article 3.6.3.

4.7. Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

4.8. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du Code de la sécurité sociale. Les prestations sont servies dans la limite du fonds disponible.

ANNEXE : GARANTIES

Tableau des garanties prévoyance – Salariés « Cadres »

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut de référence limité aux tranches 1 et 2 (1)

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	200 %	200 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	200 %	200 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
RENTE D'ÉDUCATION		
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Jusqu'au 21 ^e anniversaire (sans condition)	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Jusqu'au 26 ^e anniversaire (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
RENTE DE CONJOINT		
Rente substitutive En cas de décès (ou IAD) d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
GARANTIE HANDICAP		
Rente mensuelle viagère en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD		500 €
Capital supplémentaire en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD		6 000 €
INCAPACITÉ TEMPORAIRE		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80 %
INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % « N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %

Tableau des garanties prévoyance - Salariés « Non-Cadres »

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut de référence limité aux tranches 1 et 2 (1)

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	100 %	100 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	100 %	100 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
RENTE D'ÉDUCATION		
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Jusqu'au 21 ^e anniversaire (sans condition)	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Jusqu'au 26 ^e anniversaire (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
RENTE DE CONJOINT		
Rente substitutive En cas de décès (ou IAD) d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
GARANTIE HANDICAP		
Rente mensuelle viagère en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD	500 €	
Capital supplémentaire en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD	6 000 €	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80 %
INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
« N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle		
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %

- (1) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française.
- (2) Ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés
- (3) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française
- (4) Voir la définition des enfants à charge figurant au lexique de la présente notice.

ANNEXE : PIÈCES JUSTIFICATIVES

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...	DECES	INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	DOUBLE EFFET	RENTE D'ÉDUCATION/ GARANTIE HANDICAP	RENTE DE CONJOINTS SUBSTITUTIVE	FRAIS OBSEQUES	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X	X	X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X			
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X		X	X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X		X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X			X			X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X		X	X			X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve de l'article 4.4 « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X					X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES	INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	DOUBLE EFFET	RENTE D'ÉDUCATION / GARANTIE HANDICAP	RENTE DE CONJOINTS SUBSTITUTIVE	FRAIS OBSEQUES	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X					X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant							X	
Facture acquittée						X		
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit							X	X
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois (3) mois)				X	X			
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.	X	X	X	X	X		X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt							X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite							X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.								X
En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant : un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et une attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale							X	
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale								X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES	INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	DOUBLE EFFET	RENTE D'ÉDUCATION / GARANTIE HANDICAP	RENTE DE CONJOINTS SUBSTITUTIVE	FRAIS OBSEQUES	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (copie de l'avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) ou de partenaire de PACS (copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois)			X		X	X		

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.



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



AG2R LA MONDIALE

AG2R PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la
Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard
Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.



MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros -
Entreprise régie par le Code des assurances
immatriculée au RSC de Nanterre 529 219 040,
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 -
92327 Châtillon cedex.



OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de
Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie
par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale