

Convention collective nationale des bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs- conseils et des sociétés de conseils

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION N°27296

aux contrats d'assurance collectifs à adhésion obligatoire

Contrat de base prévoyance

« prévoyance conventionnelle »

Assuré par Malakoff Humanis Prévoyance et par l'OCIRP

Contrat optionnel prévoyance

« prévoyance complémentaire »

Assuré par Malakoff Humanis Prévoyance

IMPORTANT

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

Garanties et niveau(x) de couverture retenu(s)

- ☒ Contrat de base prévoyance à adhésion obligatoire « prévoyance conventionnelle »
- ☐ Contrat optionnel prévoyance à adhésion obligatoire « prévoyance complémentaire »

Le niveau de couverture retenu est (cocher la case)

- ☐ Formule « Pack 1,50 % TA »
- ☐ Formule « Pack renforcé » : ☐ Tranche A et B ☐ Tranche A, B et C
- ☐ Formule personnalisée

Sommaire

Lexique	5
Préambule.....	8
Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat.....	9
1.1. Objet du contrat	9
1.2. Territorialité.....	9
1.3. Conditions de reprise des en cours à la date d'effet du contrat	10
Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat	10
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	10
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	11
2.3. Cessation de l'affiliation.....	11
Titre 3. Dispositions relatives aux garanties	12
3.1. Objet des garanties	12
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties.....	12
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat.....	12
3.4. Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie.....	12
3.5. Garantie Optionnelle Maintien de salaire	17
3.6. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente	17
3.7. Exclusions	20
3.8. Prestations	21
Titre 4. Maintien des garanties	24
4.1. En cas de suspension du contrat de travail.....	24
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>).....	25
Titre 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations	25
5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la <i>portabilité</i> (article 5 « Loi Evvin »)	25
5.2. Conjoint bénéficiaire du capital décès au titre du <i>contrat de base prévoyance</i>	25
5.3. Prestations en cours de service.....	25
5.4. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evvin »).....	26
5.5. Cessation des revalorisations en cas de résiliation	26
5.6. Obligations du <i>souscripteur</i> du fait de la résiliation.....	26
Titre 6. Cotisations.....	26
6.1. Assiette et montant	26
6.2. Paiement des cotisations	27
Titre 7. Références légales	27
7.1. Fausse déclaration	27
7.2. Déchéance	27
7.3. Prescription.....	27
7.4. Subrogation.....	28
7.5. Réclamation –médiation	28
7.6. Juridiction compétente.....	28
7.7. Protection des données à caractère personnel	28
7.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	30
7.9. Autorité de contrôle	30
Titre 8. Pièces justificatives	31

Lexique

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

PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

Assureurs ou les Assureurs	Pour la couverture des garanties Maintien de salaire, Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Capitaux Décès/ Perte totale et irréversible d'autonomie / Double effet / Allocation d'Obsèques et les garanties rentes éducation et rente de conjoint du contrat optionnel de prévoyance : - Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ; Pour la couverture de la Rente éducation du <i>contrat de base prévoyance</i> : - OCIRP, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale – n°SIREN 788 334 720 ; Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris. Malakoff Humanis Prévoyance est habilité à gérer la garantie Rente éducation, assurée par l'OCIRP. Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale. Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « <i>souscripteur</i> » et « <i>assuré</i> ».
Souscripteur	L'entreprise relevant de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (IDCC 1486) , qui a conclu le <i>contrat d'assurance</i> avec l' <i>assureur</i> au bénéfice des assurés.
Catégorie assurée	L'ensemble des salariés du <i>souscripteur</i> appartenant à la <i>catégorie assurée</i> ainsi que les anciens salariés du <i>souscripteur</i> bénéficiaires de la portabilité, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».
Assuré	La personne garantie par contrat et appartenant à la <i>catégorie assurée</i> .
Conjoint	Le <i>conjoint</i> est au jour de l'événement ouvrant droit à prestations : • L'époux ou l'épouse de l'<i>assuré</i> non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), • ou à défaut, le partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas dissous ou rompu de fait à la date du sinistre, ou à défaut, la personne , quel que soit son sexe, vivant au même domicile que l'<i>assuré</i>, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'<i>assuré</i>, est né de cette union libre.
Enfants à charge	Sont considérés comme enfants à charge au moment du décès de l'<i>assuré</i>, les enfants dont la filiation avec l'<i>assuré</i>, y compris adoptive, est légalement établie, recueillis ou à naître, considérés à charge au sens de la législation fiscale ou de celle sur les allocations familiales : • jusqu'au 18ème anniversaire sans conditions, • jusqu'au 26ème anniversaire pendant la durée : – de l'apprentissage ou des études secondaires et supérieures, – de l'inscription auprès du régime d'assurance chômage comme demandeur d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,

- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^eme ou 3^eme catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Personne à charge	1. Les enfants à charge tels que définis ci-avant 2. Les ascendants de l'assuré ou de son conjoint fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire : – pris en compte pour l'application du quotient familial – ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.
Bénéficiaires	Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations
Accord de prévoyance	L'accord de prévoyance du 27 mars 1997 (et avenants subséquents) ayant institué le régime conventionnel de prévoyance objet du contrat.
Contrat de base prévoyance	Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance souscrit, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.
Contrat optionnel prévoyance	Le contrat d'assurance collectif des garanties optionnelles auquel l'entreprise peut adhérer, ayant pour objet de compléter les garanties du régime conventionnel, au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.

AUTRES TERMES UTILISES

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Acte authentique	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
Acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public
Déclaration sociale nominative (DSN)	La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.
Salaire brut	Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie. En sont exclus : • les primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire, • les indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.
Salaire net	Salaire perçu au cours des 12 derniers mois : • avant éventuelle imposition à la source, • après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, • après déduction : – de la CSG, CRDS non déductible du revenu imposable – et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance /santé imposable.

Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires.
Sinistre	Réalisation du risque
Support durable	Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;
Tranches de salaire A, B et C	Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire A, B et C : ● Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, ● Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, ● Tranche C (TC) : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Cette définition des tranches de salaire est différente de celle utilisée par les régimes AGIRC-ARRCO.

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils.

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

En outre, Malakoff Humanis Prévoyance offre également la possibilité à l'entreprise de souscrire des garanties optionnelles complétant le régime conventionnel et/ou une garantie complémentaire dite « maintien de salaire ».

L'employeur relevant de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils, adhère au(x) contrat(s) à adhésion obligatoire mis en œuvre par les *assureurs* définis au Lexique.

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

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

Communication dématérialisée

L'*assureur* communique progressivement de façon dématérialisée avec l'*assuré* via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat ou de son affiliation.

L'*assuré* peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'*assureur*.



Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

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

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

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès).

1.1. Objet du contrat

→ Le **contrat de base prévoyance** a pour objet d'accorder des garanties de prévoyance en cas de décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie, rente d'éducation, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle, sans sélection médicale, aux salariés appartenant à la ou aux catégories assurées,

→ Le **contrat optionnel prévoyance** a pour objet d'accorder des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, rente éducation, rente de conjoint et des garanties incapacité Temporaire de Travail et invalidité – incapacité permanente professionnelle, complémentaires aux garanties du régime conventionnel, aux salariés appartenant à la ou aux catégories assurées. Le contrat ne peut être souscrit qu'en complément du *contrat de base prévoyance*.

Les dispositions de la notice d'information s'appliquent pour tous les contrats (contrat de base prévoyance et contrat optionnel prévoyance) sauf mention contraire.

Le *contrat de base prévoyance* et le *contrat optionnel prévoyance* sont des contrats juridiquement distincts. La seule adhésion au contrat base prévoyance du régime conventionnel n'emporte pas l'adhésion au *contrat optionnel prévoyance*, et la résiliation du contrat *optionnel prévoyance* n'emporte pas la résiliation du *contrat de base prévoyance* du régime conventionnel.

La réunion, dans un même support (même instrumentum) des garanties, offertes par le contrat base prévoyance du régime conventionnel et des garanties prévues par le *contrat optionnel prévoyance* est instituée dans le but de renforcer l'information du *souscripteur* et des *assurés* et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'*assureur* de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

Le *contrat de base prévoyance* ouvre droit aux garanties d'assistance, la notice d'information valant conditions générales d'application de l'assistance est jointe au contrat.

Les contrats donnent accès à des services qui participent à la prévention de l'absentéisme et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Ces services permettent de faire un diagnostic des besoins dans l'entreprise et donnent les moyens d'agir à l'entreprise pour répondre aux enjeux de prévention et de santé physique et mentale.

Les services d'accompagnement (hors assistance) sont détaillés sur l'espace client ou sur le site malakoffhumanis.com.

1.2. Territorialité

L'activité du *souscripteur* est réputée s'exercer sur le territoire français.

Pour chaque assuré :

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français

ou

- hors de ce territoire :

- lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
- ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale,

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

Particularités du contrat optionnel prévoyance : Déplacements groupés

Tout déplacement terrestre, maritime ou aérien et tout regroupement de plus de cinquante salariés organisé en dehors des locaux habituels de travail, devra faire l'objet d'une déclaration préalable par l'employeur au moins trois semaines avant le déplacement ou le regroupement.

L'*assureur* se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites au titre du *contrat optionnel prévoyance* peuvent être maintenues à ces salariés.

À défaut de déclaration préalable, et/ou d'acceptation de la part de l'*assureur*, celui-ci se réserve la faculté de supprimer ou réduire ses prestations, son engagement étant alors, en tout état de cause, limité à **100 millions d'euros par événement**.

Par événement, il faut entendre un accident et/ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins trois assurés.

L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties accordées (capitaux et/ou capitaux constitutifs des rentes) par l'*assureur*.

L'engagement limité ci-dessus exposé est déterminé en cumulant les prestations calculées au titre du *contrat de base prévoyance* et du *contrat optionnel prévoyance*, **étant précisé que seules les prestations du contrat optionnel prévoyance pourront faire l'objet d'une réduction** (les prestations du *contrat de base prévoyance* couvrant le régime conventionnel sont assurées dans tous les cas).

1.3. Conditions de reprise des en cours à la date d'effet du contrat

1.3.1. En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

L'*assureur* prend en charge (sous réserve du financement des risques en cours), pour les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail ainsi que les bénéficiaires de prestations périodiques, déclarés par l'entreprise lors de la souscription :

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

1.3.2. En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

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

Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

2.1.1. Personnes assurables

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

Les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du *souscripteur*, qui appartiennent à la *catégorie assurée* :
 - les salariés dont le contrat de travail est en vigueur,
 - les salariés en suspension de contrat de travail et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévue à l'article 4.1.
- les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiant de la *portabilité* au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire, immédiatement antérieur à la date d'effet du contrat, jusqu'à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Important

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN, le *souscripteur* doit alors compléter une liste nominative du personnel.

Sur demande de l'*assureur*, les personnes assurables doivent procéder aux formalités médicales, ci-dessous, si l'adhésion de l'entreprise au *contrat optionnel prévoyance* est soumise à une sélection médicale.



Les éléments d'affiliation doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément à l'article 2.2. « Prise d'effet de l'affiliation ».

2.1.3. Formalités d'affiliation spécifiques au contrat optionnel prévoyance

L'assureur peut soumettre les membres de la catégorie assurable à des formalités médicales, avant la souscription du contrat optionnel prévoyance, ou ultérieurement.

Avant la souscription du contrat

Lorsque l'adhésion du *souscripteur* est soumise à des formalités médicales, le salarié doit compléter une déclaration de santé ; à défaut de pouvoir signer cette déclaration, le salarié s'engage à répondre, complètement, à un questionnaire médical et à se rendre, s'il y a lieu, à une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'assureur.

S'il le souhaite, le salarié peut saisir le médecin conseil de toute demande d'information ; le médecin conseil lui adressera une réponse, soit directement soit par l'intermédiaire du médecin que le salarié lui aura désigné.

L'assureur peut dispenser les salariés des formalités médicales, lors de la souscription ou ultérieurement.

En cours de contrat

Lorsque des formalités médicales s'avèrent nécessaires, tant que lesdites formalités ne sont pas accomplies, l'assureur n'accorde sa garantie qu'en cas d'accident. Au vu du résultat du contrôle médical :

- soit l'affiliation est acceptée par l'assureur dans le cadre des conditions contractuelles en vigueur, et la prise d'effet pour l'ensemble des garanties rétroagit dans les conditions de l'article 2.2 ,
- soit l'affiliation demandée présente un risque médical aggravé et dans le cas où l'assureur propose de nouvelles conditions contractuelles, et que celles-ci sont expressément acceptées par l'entreprise, la prise d'effet pour l'ensemble des garanties rétroagit dans les conditions de l'article ci-dessous.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve, le cas échéant de l'accomplissement des formalités médicales prévues à l'article 2.1.3. « Formalités médicales », et après accord exprès de l'assureur.

2.2.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours de contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion...).

2.3. Cessation de l'affiliation

Important

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque **assuré** comme suit :



- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3. « Non paiement des cotisations »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail »,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension de retraite d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date du décès de l'assuré.

Titre 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties.

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations :

- en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré*,
- en cas d'incapacité ou d'invalidité - d'incapacité permanente de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

L'*assuré* bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

3.2.2. Cessation des garanties

L'*assuré* ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

Selon la situation des *assurés*, les modifications des garanties en cours de contrat s'appliquent comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Situation des <i>assurés</i>	Modification des garanties	Garanties applicables
Bénéficiaire de la portabilité	Tout type de garanties de prévoyance	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour maladie ou accident	Garantie incapacité temporaire de travail – invalidité -incapacité permanente	Les garanties en vigueur à la date du sinistre
En arrêt de travail pour maladie ou accident ; assuré figurant toujours aux effectifs	Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	Les nouvelles garanties
En arrêt de travail pour maladie ou accident ; assuré dont le contrat de travail n'est plus en vigueur (hors portabilité)	Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	Les garanties en vigueur à la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien de garanties au titre de la portabilité

Etant précisé que dans le cadre du *contrat optionnel prévoyance*, en cas d'augmentation des garanties, l'*assureur* peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales.

3.4. Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie

3.4.1. Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'*assuré*.

Le montant de ce capital décès qui ne peut être inférieur à un montant minimum fixé en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, est indiqué au tableau des garanties.

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

Désignation de *bénéficiaires* liée à la garantie capital décès

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 « désignation particulière de *bénéficiaire(s)* » que l'*assureur* délivre à cet effet ou par un *acte sous seing privé* ou *authentique*. Il appartient à l'*assuré* de l'adresser à l'*assureur* ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

L'*assuré* peut demander l'accord du *bénéficiaire* sur cette désignation.

Cette acceptation prend la forme d'un écrit signé par l'*assuré*, le *bénéficiaire* et l'*assureur* ou d'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'*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 cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'assuré doit informer l'assureur de l'existence de cette désignation dans les plus brefs délais.

L'assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier.

Ce versement le libère de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'assuré peut 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 déjà décédés 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 selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner sur sa désignation particulière, les *bénéficiaires* « par défaut » souhaités. Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de *bénéficiaire* « à défaut mes héritiers ».

Si l'assuré ne communique pas à l'assureur une désignation particulière de *bénéficiaire*, les capitaux décès, hors majorations pour personnes à charge, sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil),
- à défaut au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- à défaut au concubin de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

Cependant, la part de capital correspondant aux majorations pour *personnes à charge* est versée par parts égales :

- directement aux enfants ou ascendants,
- ou le cas échéant, au représentant légal agissant pour leur compte et en leur nom.

3.4.2. Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA)

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes.

L'assuré est en Perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est reconnu :

- en 3^{ème} catégorie des invalides par la Sécurité sociale (invalide incapable d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante)
- ou en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66%.

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

A savoir

Il est précisé que le médecin-conseil de l'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 3.8.3 « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'assureur comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré.

Pour déterminer le montant du capital, l'assureur retient la situation familiale de l'assuré au jour de la reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et des majorations pour personne à charge met fin à la garantie décès toutes causes de l'assuré.

Le capital et les majorations sont versés obligatoirement à l'assuré ou à son représentant légal.



3.4.3. Garantie « double effet »

La garantie a pour objet de verser, en cas de décès du *conjoint* simultanément ou postérieurement à celui de l'*assuré*, un capital mentionné au tableau des garanties.

Le capital sera versé **si le contrat est toujours en vigueur à la date du décès du conjoint**.

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*.

Bénéficient de la prestation par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des *enfants à charge* 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 égal au capital décès versé lors du décès de l'*assuré*, éventuellement revalorisé dans les conditions prévues à l'article 3.8.6.

3.4.4. Garantie allocation d'obsèques

Le contrat optionnel prévoyance peut prévoir selon le choix du *souscripteur*, le versement d'une allocation d'obsèques, d'un montant forfaitaire calculé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en cas de décès :

- de l'*assuré* : dans ce cas l'allocation est versée au *conjoint*, ou partenaire de PACS ou concubin ;
- du *conjoint*, ou partenaire lié par PACS ou concubin : dans ce cas l'allocation est versée à l'*assuré* ;
- des *enfants à charge* âgé de 12 ans ou plus de l'*assuré* : dans ce cas l'allocation est versée à l'*assuré*.

! Par ailleurs, aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès si le défunt assuré est un mineur âgé de moins de 12 ans ou une personne placée en établissement psychiatrique ou s'il est majeur sous tutelle.

À défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, l'allocation est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée, et à défaut est répartie à parts égales entre le(s) bénéficiaire(s) du capital décès tel que prévu à l'article 3.4.1.

3.4.5. Garantie décès *accidentel*

Le contrat optionnel prévoyance peut prévoir selon le choix du *souscripteur*, un capital supplémentaire au capital décès toutes causes en cas de décès de l'*assuré* consécutif à un *accident* survenu **au plus tard dans les douze mois qui suivent ledit *accident***.

Le montant du capital est indiqué au tableau des garanties et est versé au(x) même(s) *bénéficiaire(s)* que celui ou ceux de la garantie décès toutes causes.

Il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'*assuré*.

3.4.6. Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie *accidentelle* (PTIAA)

Le contrat optionnel prévoyance peut prévoir selon le choix du *souscripteur*, un capital supplémentaire au capital Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA).

Ce versement s'effectue par anticipation et à la demande de l'*assuré*, en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'*assuré* consécutive à un *accident* sous les conditions cumulatives suivantes :

- remplir l'ensemble des conditions énumérées à l'article 3.4.2. « Garantie perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes » (PTIA),
- la « Perte totale et irréversible d'autonomie *accidentelle* » (PTIAA) doit survenir dans les douze mois qui suivent l'*accident*.

Le montant du capital est indiqué au tableau des garanties.

A noter

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie par *accident* met fin à la garantie « Capital décès par *accident* » de l'*assuré*.



Intervention du médecin conseil

Le médecin-conseil de l'*assureur* n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale. Il a la possibilité de soumettre l'*assuré* à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.8.3. « Contrôle médical ».

En cas de contestation, l'*assuré*, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article. Il appartient à l'*assuré* ou à son représentant légal d'apporter la preuve de l'*accident* et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'*assuré*.

3.4.7. Garantie rente de conjoint

Le **contrat optionnel prévoyance** peut prévoir selon le choix du *souscripteur*, une rente viagère ou une rente temporaire en cas de « décès toutes causes » de l'*assuré*, au *conjoint* survivant s'il remplit les conditions de versement de la rente.

Le montant des rentes est mentionné au tableau des garanties.

Dispositions communes aux rentes temporaires et viagères

La date d'effet des rentes est fixée au 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'*assuré*.

Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu, le premier paiement comprenant le cas échéant un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

La rente temporaire cesse d'être due à la date à laquelle le *conjoint* fait liquider ses droits à pension et en tout état de cause au plus tard à la date à laquelle il peut prétendre à la pension de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire unifié AGIRC - ARRCO. Le partenaire lié par un PACS ou le concubin est assimilé au conjoint pour l'application de ces dispositions ; ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion à un conjoint.

! Le droit à la rente est supprimé à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs ou atteste de sa situation de concubinage au sens du contrat (plus de deux ans ou sans délai en cas de naissance d'un enfant issu de cette union).

Le maintien du versement de la rente est en conséquence conditionné chaque année par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ou d'une copie de l'avis d'imposition.

Faute de renvoi de cette déclaration dans les 30 jours suivant la date de la demande de l'*assureur* le versement de la rente peut être suspendu jusqu'à réception de la déclaration par les services compétents. A réception de la déclaration, au plus tard dans les 6 mois suivant la date de demande de l'*assureur* le paiement de la rente sera repris avec l'antériorité, dès lors que la situation familiale du *bénéficiaire* lui permet de prétendre encore au versement de la rente. Sous réserve que la transmission hors délai des pièces déclaratives constitue un préjudice à l'*assureur*, ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ pour reprendre le paiement des prestations suspendues. Ainsi, faute de renvoi de cette déclaration dans les 6 mois suivant la date de la demande de l'*assureur* le droit au versement de la rente ne reprendra qu'à compter de la date de réception des documents.

Lors du décès du *bénéficiaire*, la rente viagère et le cas échéant temporaire cessent d'être dues au dernier jour du trimestre en cours du décès.

Rente viagère

Le montant de la rente viagère annuelle est calculé en pourcentage du salaire de référence, selon la formule suivante :

- $(65 - A) \times \% \text{ SR}$

Les valeurs utilisées représentant :

- % SR : pourcentage du salaire de référence, défini au tableau des garanties,
- A : différence de millésime entre l'année du décès et celle de la naissance ; la valeur de $(65 - A)$ est au minimum égal à 1.

Rente temporaire

Lorsque le *conjoint* survivant ne peut prétendre immédiatement, mais seulement à effet différé, à la pension de réversion du régime de retraite unifié AGIRC-ARRCO, l'*assureur* peut verser une rente temporaire.

Le partenaire lié par un PACS ou le concubin est assimilé au *conjoint* pour l'application de ces dispositions. Ses droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution de la pension de réversion à un *conjoint*.

Le montant annuel de la rente temporaire est calculé en pourcentage du salaire de référence, selon la formule suivante :

- $(A - 25) \times \% \text{ SR}$

Les valeurs utilisées représentant :

- % SR : pourcentage du salaire de référence, défini au tableau des garanties,
- A : différence de millésime entre l'année du décès et celle de la naissance.

Capital substitutif

Le contrat peut prévoir le versement d'un capital substitutif en cas de décès d'un *assuré* n'ouvrant pas droit à la (aux) rente(s) prévue(s) ci-avant.

Le montant de ce capital est précisé au tableau des garanties.

Ce capital est versé selon les dispositions de la désignation particulière de *bénéficiaire* de l'article 3.4.1. « Garantie décès toutes causes », étant précisé que :

- La désignation particulière effectuée le cas échéant au titre de la garantie « capital décès » sera utilisé sauf stipulation contraire de l'*assuré* exprimée par écrit,
- Les bénéficiaires à défaut de désignation expresse sont :
 - par parts égales entre eux, les enfants de l'*assuré*, nés ou à naître, vivants ou représentés,
 - à défaut, par parts égales entre eux, les parents de l'*assuré* et, en cas de décès de l'un d'eux, le survivant pour la totalité,
 - à défaut, les héritiers de l'*assuré* à proportion de leurs parts héréditaires. .

3.4.8. Garantie rente d'éducation

3.4.8.1. Au titre du contrat base prévoyance (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont l'*assureur* est membre.

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

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

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge, une rente d'éducation, en cas de décès de l'*assuré*.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 3.4.2, l'*assuré* peut demander à bénéficier de la rente d'éducation par anticipation dès lors que l'enfant répond aux conditions requises pour bénéficier de la rente d'éducation.

Le versement de la rente d'éducation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie "rente d'éducation".

Le montant de la rente qui ne peut être inférieur à un montant minimum fixé en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, est indiqué au tableau des garanties. Ces minima font l'objet d'un prorata pour les salariés à temps partiel.

La garantie prend effet au premier jour du mois civil suivant la date du décès de l'*assuré* ou la date de demande de versement anticipé en cas d'invalidité absolue et définitive de l'*assuré*.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'*enfant à charge*, sur demande de ce dernier s'il a la capacité juridique. En cas de versement anticipé en cas d'invalidité absolue et définitive de l'*assuré*, la rente est versée à ce dernier.

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement à l'Union-OCIRP, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Union-OCIRP pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'*assureur*.

En cas de disparition de l'*assuré*, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

La rente est payable par trimestre civil d'avance.

Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le *bénéficiaire* :

- cesse d'être à charge,
- atteint l'âge fixé au tableau des garanties,
- décède.

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.

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

Majoration orphelin

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin des deux parents du fait du décès postérieur du dernier parent, la rente est doublée au lendemain du jour du décès du dernier parent, pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.

3.4.8.2. Au titre du contrat optionnel prévoyance

Le **contrat optionnel prévoyance** peut prévoir selon le choix du *souscripteur*, une rente d'éducation complémentaire à celle versée au titre du *contrat de base prévoyance* du régime conventionnel, mentionnée ci-avant.

Les montants des rentes assurées, en pourcentage du salaire de référence, sont fixés au tableau des garanties.

L'*assureur* verse une rente temporaire à chaque enfant bénéficiaire, pour autant que les conditions d'attribution continuent d'être remplies.

Le montant de la rente peut être progressif selon l'âge de l'enfant.

La rente est doublée pour l'enfant bénéficiaire orphelin des deux parents.

La rente est versée trimestriellement d'avance à compter du premier jour du mois suivant le décès de l'*assuré*.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant à charge, sur demande de ce dernier s'il a la capacité juridique.

En cas de rente progressive selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin des deux parents du fait du décès postérieur du dernier parent, la rente est doublée au lendemain du jour du décès du dernier parent, pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.

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

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

! La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

A savoir

Le montant annuel de la rente éducation est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations. Celui-ci ne pourra excéder au total 80% de ladite base, pour l'ensemble des rentes versées aux différents enfants du foyer.

Cette limitation est doublée pour les enfants orphelins de leurs deux parents



3.5. Garantie Optionnelle Maintien de salaire

L'*assureur* peut couvrir les obligations conventionnelles de l'employeur concernant la garantie dite « Maintien de salaire ». Celle-ci n'est pas une garantie de prévoyance complémentaire mais une obligation mise à la charge exclusive de l'employeur par la Convention collective.

3.6. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente

Définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente ont pour objet d'indemniser les *assurés*, contraints par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent, sous réserve des dispositions de l'article 3.8.3. « Contrôle médical », aux arrêts de travail :

- constatés médicalement,
- ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les prestations en espèces de la Sécurité sociale s'entendent comme celles versées au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les congés de maternité (y compris les 14 jours de congé pathologique), de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

3.6.1. Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

Tout *assuré* cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Au titre du **contrat de base prévoyance**, le montant des indemnités journalières mentionné au tableau des garanties est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale.

Au titre du **contrat optionnel prévoyance** si la garantie est souscrite, le montant de la garantie est exprimé sous déduction ou en complément des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale et des indemnités journalières versées au titre du **contrat de base prévoyance** du régime conventionnel.

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention collective.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

Les modalités de calcul de l'Indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie.

Le montant de l'Indemnité journalière versée par la Sécurité sociale ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées à l'employeur et deviennent un élément de salaire, l'assureur étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'assuré.

Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné au tableau des garanties est versé directement à l'assuré et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

Dans le cadre du contrat de base prévoyance :

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

Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre 8 « Pièces justificatives »

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée **franchise continue**, correspondant à un nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail.

Le délai de franchise est précisé au tableau des garanties.

Le **contrat optionnel prévoyance** peut prévoir une période de franchise ramenée à trois jours en cas d'arrêt de travail pour hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de trois jours, ou d'arrêt de travail consécutif à un accident, l'indemnité journalière étant versée au plus tôt au premier jour d'hospitalisation.

Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées **dans la limite fixée à l'article 3.8.4. « Règle de cumul »**.

Rechute

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

Dans ce cas et si les prestations de la Sécurité sociale sont versées, l'assureur n'appliquera pas de nouvelle période de franchise.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenu pour le calcul des prestations.

Par ailleurs, chaque fois que l'assuré sera atteint d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale), le versement des indemnités journalières reprend sans application de la franchise sous réserve que les prestations de la Sécurité sociale soient versées.

Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les indemnités journalières cessent d'être versées** :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension de ces dernières,
- le jour de la reprise du travail de l'assuré sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de l'assuré,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

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

3.6.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente

Définition

Une rente d'invalidité peut être attribuée à tout *assuré* dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée).

L'*assuré* est 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 la Sécurité sociale, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité, telles que rappelées ci-dessous :
 - Invalidité de 1^{re} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^e 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 bénéficiant par ailleurs d'une pension de 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ;
- soit, est reconnu invalide par la Sécurité sociale, à la suite d'un *accident* de travail ou d'une *maladie* professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle 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 (ATMP) correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^e 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^e catégorie de la Sécurité sociale.

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

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

Dans le cadre du contrat de base prévoyance :

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

Païement et durée des prestations

Au titre du contrat de base prévoyance, le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale.

Au titre du contrat optionnel prévoyance si la garantie est souscrite, le montant de la rente est exprimé sous déduction ou en complément des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale et de la rente versée au titre du *contrat de base prévoyance* du régime conventionnel.

Ces dispositions sont précisées au tableau des garanties.

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 du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les rentes d'invalidité cessent d'être versées** :

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente au sens du contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*assureur* conformément à l'article 3.8.3. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par la Sécurité Sociale,
- à la fin du trimestre au cours duquel l'*assuré* atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime obligatoire continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

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

3.7. Exclusions

3.7.1. Exclusions au titre du *contrat de base prévoyance*

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

3.7.2. Exclusions au titre du *contrat optionnel prévoyance*

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	GARANTIES		
	Décès ⁽¹⁾	Décès accidentel et PTIA Accidentel	Incapacité temporaire de travail – invalidité
• de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements, et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;	•	•	•
• d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;	•	•	•
• d'un accident de navigation aérienne : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même ;	•	•	•
• d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées à l'article 1.2. « Territorialité » ; pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone ;	•	•	•
• de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes : quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;	•	•	•
• état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement, sanctionné par la législation en vigueur pour la conduite d'un véhicule, et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;		•	•
• usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou produits toxiques ;		•	•
• pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre ;		•	•
• participation à des compétitions sportives, courses, matches, concours ou essais, lorsque ceux-ci comportent l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien ;		•	•
• pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;		•	•
• pratiques de sports à titre professionnel ;		•	•
• activités professionnelles sous la mer ;		•	•
• rixes, sauf en cas de légitime défense ;		•	•
• émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;		•	•
• fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.		•	•

⁽¹⁾ Décès = Garanties décès toutes causes, Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente d'éducation, rente de *conjoint*, allocation d'obsèques.

3.8. Prestations

3.8.1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est égal au *salaire brut* annuel de l'*assuré* des douze mois civils ayant précédé l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence).

Elle est identique à la base de calcul des cotisations. **Elle est limitée aux tranches de salaires définies au lexique et mentionnées au tableau des garanties pour la garantie concernée selon le choix effectué par le souscripteur.**

Le salaire est reconstitué comme si l'*assuré* avait travaillé pendant les douze derniers mois, dans le cas où le contrat de travail a été, pendant ladite période de douze mois suspendu pour l'un des motifs suivants :

- maladie,
- accident,
- maternité,
- congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées,
- service militaire ou appel sous les drapeaux,
- lorsque le contrat de travail est suspendu (chômage involontaire total ou partiel, fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste le salarié) dans le cadre d'une réduction ou suspension d'activité résultant d'une baisse temporaire d'activité liée à la conjoncture économique.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, le salaire de référence est rétabli sur une base annuelle.

Toutefois pour les salariés ayant perçu un revenu de remplacement au titre d'une activité partielle autre que celle résultant d'une baisse temporaire d'activité et qui bénéficient du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1 de la notice d'information, la base de calcul des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties.

Pour les salariés non indemnisés en cas de suspension de leur contrat de travail, dont le maintien de garanties est prévu expressément par les textes législatifs ou réglementaires, la base de calcul des prestations est égale à la rémunération moyenne perçue au cours des 12 mois précédant la période de suspension du contrat de travail.

Si la durée de travail de l'*assuré* évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestation.

Pour les *assurés* bénéficiant de la *portabilité* ou d'un maintien de garantie à la suite d'une cessation du contrat de travail sans maintien de rémunération, la période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité permanente ou du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 3.8.6. « Revalorisation ».

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

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

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

Le versement des prestations est conditionné à la réception préalable par l'*assureur* de toutes les pièces justificatives.

Ainsi, l'*assureur* effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

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

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'*assureur* dans les **trente jours** :

- qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

L'*assureur* pourra refuser la prise en charge du sinistre si la déclaration tardive lui a causé un préjudice.

Dans ce cas 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

En cas d'arrêt de travail de plus de trente jours et après la période de franchise, un **certificat médical d'incapacité de travail (CMIT)** fourni par l'*assureur*, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer doit être envoyé par l'*assuré*.

Ce certificat médical doit être rempli par le médecin traitant de l'*assuré* ou tout autre médecin de son choix **et retourné dans un délai de trente jours** sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'*assureur*.

3.8.3. Contrôle médical

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

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

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

En cas de désaccord du salarié sur les résultats des contrôles effectués, l'intéressé devra indiquer à l'*assureur*, dans les huit jours de la notification par lettre recommandée des résultats du contrôle, le nom d'un médecin choisi par lui. L'*assureur* désignera tout médecin de son choix. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager. Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais.

À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés. Dans ces conditions, l'*assureur* peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par l'intéressé.

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

3.8.4. Règle de cumul

Les prestations versées par l'*assureur* au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'*assuré*. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

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

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

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

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de *maladie* ou d'*accident* de la vie privée.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente *accident* du travail ou *maladie* professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'*assureur* ne compenseront pas cette minoration.

3.8.5. Plafonds de garantie au titre du *contrat optionnel prévoyance*

Le montant maximum des prestations garanties au titre d'un même assuré, capitaux eux-mêmes et capitaux constitutifs des rentes, **est limité à 100 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale**.

! Ce montant est déterminé en cumulant les prestations calculées au titre du *contrat de base prévoyance* du régime conventionnel et du *contrat optionnel prévoyance* étant précisé que seules les prestations du *contrat optionnel prévoyance* pourront faire l'objet d'une réduction (les prestations du régime conventionnel sont assurées dans tous les cas)

En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations, dans l'ordre de priorité suivant :

- le montant de la majoration du capital décès d'origine accidentelle,
- le montant du capital décès toutes causes,
- le montant du capital constitutif de la rente de conjoint,
- le montant des capitaux constitutifs des rentes d'éducation.

3.8.6. Revalorisation

Revalorisation des prestations décès

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie au titre 8 « Pièces justificatives », la prestation, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

Revalorisation des prestations en cours de service

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

Sont concernées :

- La rente éducation
- Les indemnités journalières
- La rente d'invalidité

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

Au titre du *contrat optionnel prévoyance*, le Conseil d'administration de l'*assureur* peut décider chaque année de revaloriser les prestations rente de conjoint.

Revalorisation de la base des prestations en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail ou en invalidité

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'*assuré* constaté entre :

- la date du décès ou à la date de l'exigibilité du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, et
- à la date d'arrêt de travail.

3.8.7. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, l'*assureur* verse les prestations aux *bénéficiaires* après déduction des prélèvements (C.S.G – C.R.D.S.- Impôt à la source...) éventuellement applicables dont l'*assureur* a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au *souscripteur* (contrat de travail de l'*assuré* en vigueur).

Titre 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties 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 ou d'un revenu de remplacement (en cas d'activité partielle, d'un congé de reclassement, de mobilité, etc.),
ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie,

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

4.1.2.1. Dont le maintien des garanties est prévu par la réglementation ou la législation

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations. Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

4.1.2.2. Dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation

En dehors des cas visés à l'article 4.1.1 et l'article ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Dans le cadre du contrat de base prévoyance

Toutefois, les assurés peuvent continuer à bénéficier **des garanties décès** du *contrat de base prévoyance* lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation ni au maintien obligatoire des garanties, telle que décrite ci-dessus.

Le *souscripteur* doit informer l'*assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Par ailleurs, les assurés dont le contrat de travail est suspendu pour un congé parental d'éducation peuvent bénéficier des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité du *contrat de base prévoyance* sans contrepartie de cotisations.

Si l'*assuré* ne demande pas le maintien de ses garanties, elles seront suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'*assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré* jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation des *assurés* restent à payer. L'*assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties(*portabilité*).

Le *souscripteur* doit en aviser l'*assureur* dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

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

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,
- ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

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

Les prestations sont versées directement à l'*assuré*.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- la cessation du versement des allocations chômage par le régime d'assurance chômage quelle qu'en soit la cause,
- la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- la résiliation du contrat.

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

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (régime obligatoire compris) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage perçues au titre de la même période.

En cas de modifications du contrat d'assurance, celles-ci sont appliquées à l'ancien salarié.

Titre 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties pour tous les *assurés* sous réserve des dispositions ci-après.

Le *souscripteur* est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, le *souscripteur* doit en informer l'ensemble des *assurés*.

5.1. *Assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin »)*

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

Il en est de même pour les anciens salariés inscrits comme demandeurs d'emploi, dans les six mois qui suivent la cessation du contrat de travail. Ce délai de six mois est le cas échéant prorogé dans la limite de la période de maintien de garanties visée à l'article 4.2, lorsque l'*assuré* a bénéficié de ce dispositif de portabilité pour une période supérieure à six mois.

5.2. Conjoint bénéficiaire du capital décès au titre du *contrat de base prévoyance*

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

5.3. Prestations en cours de service

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

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

5.4. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

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

Les garanties en cas de décès, à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'*assuré* (double effet, allocation d'obsèques et la majoration orphelin prévue à la garantie rente éducation) sont maintenues aux *assurés* en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, jusqu'à :

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

La garantie décès qui s'applique est celle en vigueur à la date à laquelle l'*assuré* a cessé d'être affilié au contrat (radiation des effectifs, ou résiliation du contrat pour les *assurés* présents aux effectifs ou bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 4.1). Le salaire de référence est figé à la date de résiliation du contrat.

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

5.5. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

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

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

En l'absence d'un nouvel assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service (article 5.3) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 5.4), continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

5.6. Obligations du *souscripteur* du fait de la résiliation

En cas de changement d'assureur, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

- les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de *conjoint* ou d'éducation en cours de service,
- les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,

seront revalorisées par le nouvel assureur.

Il lui appartient également de s'assurer que le nouvel organisme prendra en charge le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* pour la période de droits restant à couvrir.

Titre 6. Cotisations

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

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

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

Pour les salariés en suspension du contrat de travail au titre d'une activité partielle de longue durée bénéficiant d'un maintien de garanties visés à l'article 4.1.1, la base de calcul des cotisations intègre le montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail non indemnisée, dont le maintien de garanties est prévu expressément par les textes législatifs ou réglementaires, l'assiette de cotisations est égale à la rémunération moyenne perçue au cours des 12 mois précédant la période de suspension du contrat de travail.

Dans le cadre du contrat collectif et obligatoire, il incombe au *souscripteur* de verser l'intégralité de la cotisation (part salariale et part patronale) à l'*assureur*.

Pour les salariés dont le contrat de travail a été suspendu sans rémunération, et qui ont demandé à bénéficier du maintien des garanties décès (article 4.1.2.2), les cotisations sont calculées sur la rémunération brute limitée au plafond de la Tranche C servant de base aux cotisations à la Sécurité sociale des douze mois précédant la suspension du contrat de travail.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentage de la base de calcul des cotisations. Ils peuvent évoluer, pour l'ensemble des contrats souscrits, en fonction des résultats ainsi qu'en cas d'évolution des dispositions du régime conventionnel de prévoyance ou encore de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

6.2. Paiement des cotisations

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul à partir de la fiche de paramétrage DSN et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré*.

Titre 7. Références légales

7.1. Fausse déclaration

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

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

7.2. Déchéance

Le *bénéficiaire* qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'*assuré* est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

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'*assureur*.

7.3. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*assureur* en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

La prescription est portée à :

- à cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail.
- à dix ans pour le risque décès si le *bénéficiaire* n'est pas l'*assuré* et, dans les opérations relatives à la couverture du risque *accident*, lorsque les *bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*assuré* en cas de décès de celui-ci.

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

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

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

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

7.4. Subrogation

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

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

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*assureur* doit être informé par l'*assuré* victime, le *bénéficiaire* ou leurs ayants-droit.

7.5. Réclamation –médiation

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

La réclamation peut également être adressée comme suit :

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

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'*assureur* ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le *souscripteur*, l'*assuré* et les *bénéficiaires* peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

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

7.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées au contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.7. 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 *ayants droit* sont informés par « **Malakoff Humanis Prévoyance** », ci-après désigné Malakoff Humanis, et l'**OCIRP**, chacune responsable du traitement des données personnelles de la *personne assurée* et ses *ayants droit* identifiées et décrites ci-dessous :

Détails des données	Finalités des données	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
	Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :		
Données d'identification	- La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe - L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses ayants droit expriment - La gestion des avis de l'assuré et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposent - L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux - 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 qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré - 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, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) - A ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine - La proposition à l'assuré et à ses ayants droit d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités - La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et de ses ayants droit.	Les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données	Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :
Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré		Les sous-traitants éventuels	des finalités pour lesquelles les données sont collectées
Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle		Les délégataires de gestion	de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat
Données relatives à l'appréciation du risque		Les intermédiaires d'assurance	des obligations légales de Malakoff Humanis et de l'OCIRP
		Les réassureurs et coassureurs	des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
		Les organismes professionnels habilités	
		Les partenaires	
		Les sociétés extérieures	
Données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit	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.	Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019	

Malakoff Humanis et l'OCIRP s'engage à ce que les données personnelles de l'*assuré* et des *ayants droit* ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

L'*assuré* a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'*assuré* et de ses *ayants droit* est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé.

A ce titre, les données personnelles relatives à la santé de l'*assuré* et celles de ses *ayants droit* sont traitées dans des conditions :

- garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données de l'*assuré* et de ses *ayants droit*,
- permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et permettant d'informer l'*assuré* dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

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

L'*assuré* et ses *ayants droit* disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

Pour Malakoff Humanis :

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
 - par mail à dpo@malakoffhumanis.com
- ou
- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

Pour l'OCIRP :

- via le site internet OCIRP dans l'onglet dédié «contact DPO »
 - par mail à DPOcirp@ocirp.fr
- ou
- par courrier à l'OCIRP, Pôle juridique et conformité, 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris

L'*assuré* et ses *ayants droit* peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis et de l'OCIRP.

7.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'*assureur* est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'*assureur* par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'*assureur* peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité du *souscripteur* ou du *bénéficiaire* et de justifier des opérations réalisées.

7.9. Autorité de contrôle

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

Titre 8. Pièces justificatives

Dans le cadre du **contrat de base prévoyance** et du **contrat optionnel prévoyance** :

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

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

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	PTIA toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Allocation d' obsèques	Décès accidentel	PTIA Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité-Incapacité permanente
• Déclaration de sinistre fournie par l'assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.8.1. « Salaire de référence »).	•	•		•	•	•	•	•	•	•
• Extrait d'acte de décès du défunt	•		•	•	•	•				
• Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	•		•	•	•	•				
• Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	•		•	•	•					
• 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 France Travail pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	•	•	•	•		•	•	•	•	•
• 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				•	•				•	•
• Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			•	•		•				
• 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	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	PTIA toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Allocation d' obsèques	Décès accidentel	PTIA Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité- Incapacité permanente
• Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		•						•		•
• Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 66 %		•						•		•
• Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve de l'article 3.8.2. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		•						•	•	•
• Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'assureur dûment complété		•						•	•	•
• 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									•	
• Facture acquittée						•				
• Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			•						•	•
• Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					•					
• Toutes pièces justifiant que le <i>bénéficiaire</i> de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois (3) mois)					•					
• 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.							•	•	•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	PTIA toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint	Allocation d' obsèques	Décès accidentel	PTIA Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidity-Incapacité permanente
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									•	•
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									•	•
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.										•
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale										•
RIB des bénéficiaires	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•	•		•	•	•	•		
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.									•	•



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

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris



Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance

Siège social : 17, rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris

Téléphone : 01 44 56 22 56 - Télécopie : 01 49 24 06 27

Site Internet : <http://www.ocirp.fr> - E-mail : prevoyance@ocirp.fr

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