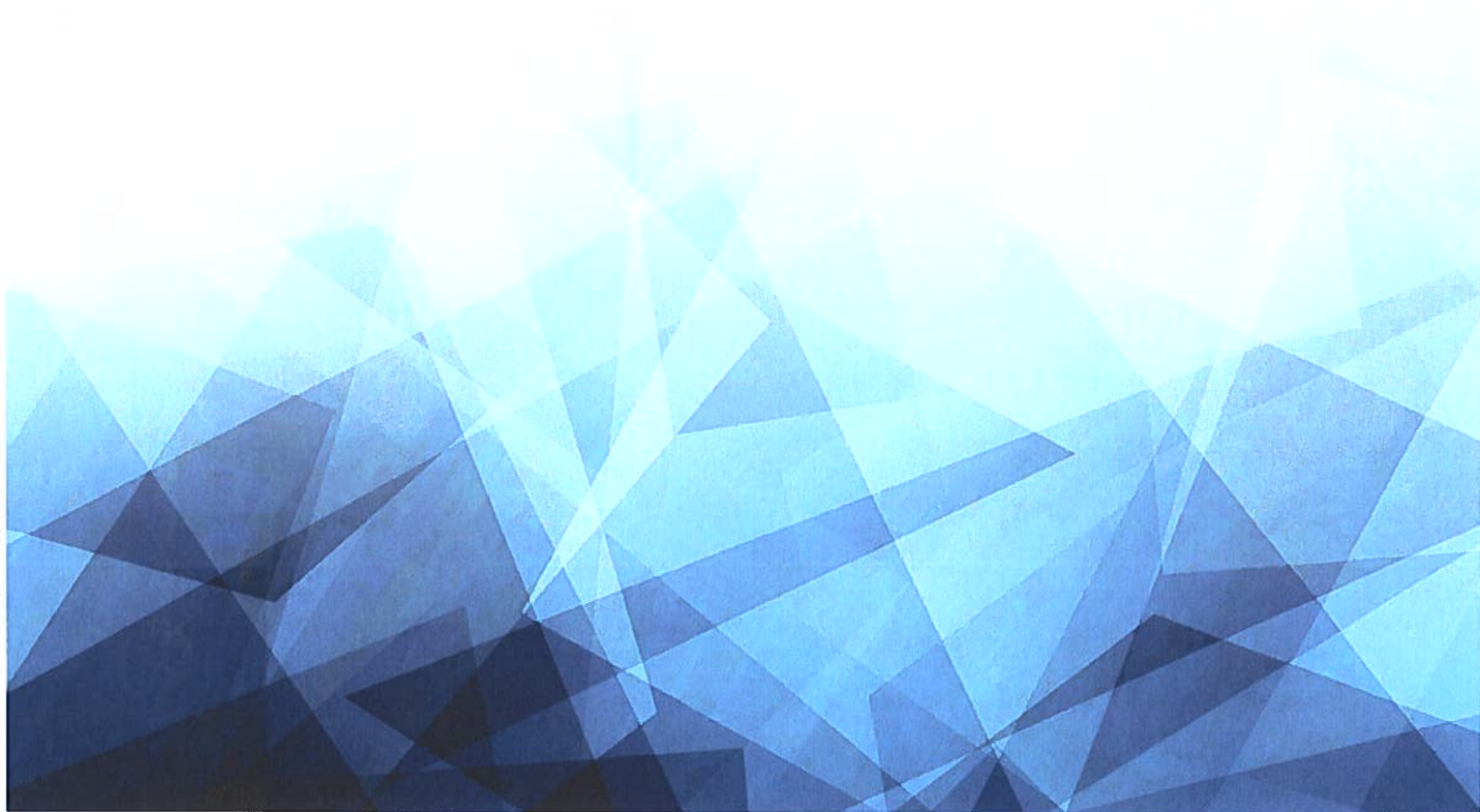




ACCORD UES MATMUT

ACCORD RELATIF AU REGIME COLLECTIF DE PREVOYANCE « INCAPACITE – INVALIDITE – DECES »

28 AVRIL 2020



**ACCORD RELATIF AU REGIME COLLECTIF DE PREVOYANCE
« INCAPACITE – INVALIDITE – DECES »**



Les Sociétés de l'Unité Économique et Sociale constituée autour de la MUTUELLE ASSURANCE DES TRAVAILLEURS MUTUALISTES (MATMUT) visées ci-après et représentées par Monsieur Nicolas GOMART, dûment habilité :

SGAM MATMUT, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT SAM, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT MUTUALITE L2, Mutuelle dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

INTER MUTUELLES ENTREPRISES, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MATMUT VIE, Société Anonyme dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

MUTUELLE OCIANE MATMUT, Mutuelle dont le siège social est situé 35 rue Claude Bonnier 33000 BORDEAUX

MATMUT PATRIMOINE, Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle dont le siège social est situé 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN

Ci-après dénommées l'« Entreprise »

D'une part,

et les organisations syndicales représentatives de l'UES MATMUT :

- CFDT : Christelle COURTEL
- SN2A-CFTC : Florence LE MASSON
- CGT : Jean-Luc CANTEL
- CFE-CGC : Olivier Controzzi
- FO : Elisabeth PEREZ

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit.

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

ARTICLE 2 – CLAUSE DE DESIGNATION

CHAPITRE 1 – GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES

ARTICLE 3 – BENEFICIAIRES

ARTICLE 4 – CARACTERE OBLIGATOIRE

ARTICLE 5 – MAINTIEN DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES EN CAS DE
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 6 – PORTABILITE DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES EN CAS DE
RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 7 – GARANTIES

ARTICLE 8 – FINANCEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES

ARTICLE 9 – INFORMATION DES SALARIES BENEFICIAIRES

CHAPITRE 2 – GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE DECES

ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES

ARTICLE 11 – MAINTIEN DE LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE EN CAS DE
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 12 – PORTABILITE DES LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE EN CAS DE
RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 13 – GARANTIES

ARTICLE 14 – FINANCEMENT DE LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE

ARTICLE 15 – INFORMATION DES SALARIES BENEFICIAIRES

CHAPITRE 3 – CLAUSES FINALES

ARTICLE 16 – INFORMATION COLLECTIVE

ARTICLE 17 – SUIVI DE L'ACCORD

ARTICLE 18 – CHANGEMENT D'ORGANISME D'ASSUREUR

ARTICLE 19 – ENTREE EN VIGUEUR, DUREE ET REVISION DE L'ACCORD

ARTICLE 20 – NOTIFICATION, DÉPOT ET PUBLICITÉ

PREAMBULE

L'Entreprise avait souscrit deux contrats collectifs d'assurance auprès d'organismes habilités afin que chacun de ses salariés puisse bénéficier de garanties améliorées¹ en cas d'aléas de la vie (maladie, invalidité, décès) :

- Un contrat collectif d'assurance « Général » souscrit pour l'ensemble des salariés et garantissant les risques d'incapacité, d'invalidité et de décès ;
- Un contrat collectif d'assurance « Rente Éducation » souscrit pour l'ensemble des salariés disposant d'un an d'ancienneté et garantissant les risques d'invalidité absolue et définitive, incapacité permanente totale et de décès.

Le régime d'assurance « Général » présentant un résultat chroniquement déficitaire et conséquent, de nouvelles préconisations ont été soumises pour avis au Comité d'Entreprise. En responsabilité et afin de revenir à une situation équilibrée, la Direction, à la demande de l'assureur et après avis du Comité d'Entreprise, a modifié le montant de certaines garanties à compter du 1^{er} février 2019.

Dans une logique raisonnée de recherche de compromis et de convergence, les partenaires sociaux ont, dans le cadre de l'accord NAO du 22 mars 2019, convenu d'ouvrir des négociations portant sur le régime collectif d'assurance prévoyance.

En vue de préparer cette négociation, les partenaires sociaux ont convenu de mettre en place un groupe de travail paritaire ayant pour mission d'établir des propositions d'évolution au regard des objectifs fixés.

A la suite des travaux de ce groupe de travail paritaire et de la réunion de restitution avec l'organisme assureur du 28 novembre 2019, des réunions de négociation se sont tenues les 16 et 23 avril 2020.

Les parties signataires ont convenu des dispositions prévues au présent accord.

¹ Par rapport aux garanties prévues par la Convention Collective Nationale des Sociétés d'Assurance du 27 mai 1992

ARTICLE 1 – OBJET ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

L'objet du présent accord est de mettre en place des garanties collectives et obligatoires de prévoyance (Incapacité – Invalidité – Décès). CHAPITRE 1

Le présent accord a pour objet également de proposer aux salariés qui le souhaitent de souscrire à une garantie collective et facultative Décès. CHAPITRE 2

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés de l'UES MATMUT.

ARTICLE 2 – CLAUSE DE DESIGNATION

Les partenaires sociaux désignent Malakoff Humanis en qualité d'organisme assureur au titre des garanties prévues au présent accord.

Six mois avant le terme du présent accord, à l'initiative de la partie la plus diligente, les parties signataires se réuniront afin d'examiner la reconduction ou non de cette présente désignation.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat de garanties collectives accompagné, le cas échéant, d'un avenant au présent accord.

CHAPITRE 1 – GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES

ARTICLE 3 – BENEFICIAIRES

Les garanties prévues au présent chapitre bénéficient à l'ensemble des salariés ayant un contrat de travail conclu avec l'Entreprise. Le bénéfice de la garantie « Rente Education supplémentaire » est toutefois conditionnée à une ancienneté d'un an au sein de l'Entreprise.

ARTICLE 4 – CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION DES SALARIES

L'adhésion aux garanties prévues au présent chapitre est obligatoire pour tous les salariés visés ci-dessus. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

ARTICLE 5 – MAINTIEN DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'Entreprise, dans les conditions définies au contrat d'assurance.

Il s'agit par exemple des situations suivantes : congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption, congé parental à temps partiel, chômage/activité partielle.

Dans ces hypothèses, l'Entreprise verse la même cotisation que celle prévue pour les salariés. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations, sous réserve des éventuelles conditions fixées par le contrat d'assurance.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières complémentaires ne bénéficieront pas du maintien du présent régime. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail non indemnisée, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante (part patronale et part salariale). Cette cotisation est alors réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 6 – PORTABILITE DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les salariés, dont la rupture du contrat de travail (hormis le licenciement pour faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pourront bénéficier du maintien du régime de prévoyance, sans contrepartie de cotisation, dans les conditions et selon les modalités fixées par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ainsi que par le contrat d'assurance.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du régime de prévoyance du personnel en activité.

ARTICLE 7 – GARANTIES

Les garanties, qui sont annexées au présent accord collectif à titre purement informatif, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance souscrit par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur habilité. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour l'Entreprise, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations et à la couverture, a minima, des garanties imposées par le régime issu de la convention collective. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE 8 – FINANCEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES ET OBLIGATOIRES

Article 8.1. Les cotisations

Les cotisations servant au financement des garanties collectives et obligatoires prévues au présent chapitre sont fixées en pourcentage de la rémunération brute soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, et telle que définie par le contrat d'assurance.

Au 1^{er} juillet 2020, les cotisations sont fixées et réparties de la manière suivante :

Jusqu'à la tranche A	2,44%
Au-delà de la tranche A	2,88%

Une cotisation mensuelle permettant de bénéficier de la « Rente Éducation supplémentaire », fixée à 0,23% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale est due par les salariés justifiant d'une ancienneté d'un an au sein de l'Entreprise.

La tranche A est le salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité Sociale.
Pour information, le plafond mensuel de la Sécurité Sociale est fixé, pour l'année 2020, à 3.428 €.

Article 8.2. La répartition des cotisations : Employeur / Salarié(e)s

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance souscrit sont réparties entre l'Entreprise et les salariés selon les proportions suivantes :

Part employeur	Part salarié(e)s	Total
92 %	8 %	100 %

Toute évolution ultérieure des cotisations, pour quelle que cause que ce soit, sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée ci-avant.

Article 8.3. Évolution ultérieure des cotisations

La volonté commune des parties signataires est la mise en œuvre d'un régime collectif et obligatoire équilibré où les cotisations hors taxes compensent les seules prestations versées. Pour ce faire, elles conviennent de se donner les moyens de pérenniser cet équilibre dans le temps.

Par ailleurs, l'organisme assureur désigné à l'article 2 du présent accord s'engage à maintenir les cotisations fixées au présent chapitre 1 jusqu'au 31 décembre 2023.

ARTICLE 9 – INFORMATION DES SALARIES BENEFICIAIRES

En sa qualité de souscripteur, l'Entreprise remettra, dans les meilleurs délais, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de l'Entreprise seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

CHAPITRE 2 – GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE DECES

ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES

L'ensemble des salariés mentionnés à l'article 2 du présent accord peuvent adhérer librement au présent régime facultatif proposé par l'organisme assureur afin de bénéficier de garanties Décès supplémentaires.

ARTICLE 11 – MAINTIEN DE LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'Entreprise, dans les conditions définies au contrat d'assurance.

Il s'agit par exemple des situations suivantes : congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption, congé parental à temps partiel.

Dans ces hypothèses, la cotisation fixée à l'article 14 du présent accord continue à être prélevée aux échéances normales de paie.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières complémentaires ne bénéficieront pas du maintien du présent régime. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail non indemnisée, sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante. Cette cotisation est alors réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 12 – PORTABILITE DE LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les salariés, dont la rupture du contrat de travail (hormis le licenciement pour faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pourront bénéficier du maintien du régime de prévoyance, sans contrepartie de cotisation, dans les conditions et selon les modalités fixées par les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ainsi que par le contrat d'assurance.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du régime de prévoyance du personnel en activité.

ARTICLE 13 – GARANTIES

Il est rappelé que les garanties relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, tout comme les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les garanties sont annexées à titre informatif au présent accord.

ARTICLE 14 – FINANCEMENT DE LA GARANTIE COLLECTIVE ET FACULTATIVE

La cotisation servant au financement de la garantie collective et facultative prévue au présent chapitre est fixée en pourcentage de la rémunération brute soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, et telle que définie par le contrat d'assurance.

Au 1^{er} juillet 2020, les cotisations sont fixées de la manière suivante :

Si le salarié choisit l'option 1 (voir Annexe 3)	0,22% du salaire annuel brut
Si le salarié choisit l'option 2 (voir Annexe 3)	0,45% du salaire annuel brut

En cas d'adhésion des salariés, la cotisation est prélevée aux échéances normales de paie. Elle est à la charge exclusive des salariés adhérents.

ARTICLE 15 – INFORMATION DES SALARIES BENEFICIAIRES

En sa qualité de souscripteur, l'Entreprise remettra, dans les meilleurs délais, à chaque salarié voulant adhérer, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les membres participants seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

ARTICLE 16 – INFORMATION COLLECTIVE

Conformément à l'article R.2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Économique a été informé et consulté sur le projet de mise en place des présentes garanties de prévoyance lors de la réunion du 24 avril 2020. Il sera informé et consulté préalablement à toute modification de celles-ci.

ARTICLE 17 – SUIVI DE L'ACCORD

Une commission de suivi du présent accord est mise en place. Elle se réunit une fois par an.

La commission de suivi est composée :

- d'un délégué syndical par organisation syndicale représentative signataire de l'accord,
- des membres de la Commission Considération Professionnelle et Reconnaissance Sociale du CSE dont les missions prévues par l'Accord CSE du 11 octobre 2019 sont notamment de travailler sur le sujet des garanties collectives de prévoyance.

La commission de suivi a pour missions :

- d'analyser l'évolution des tendances observées et de préparer les actions d'information et de sensibilisation à destination des salariés de l'Entreprise en vue de maintenir l'équilibre du régime,
- d'opérer un suivi de l'utilisation des services d'accompagnement social proposés par l'organisme assureur,
- de faire des propositions d'actions préventives auprès des salariés.

ARTICLE 18 – CHANGEMENT D'ORGANISME D'ASSUREUR

Conformément à l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur :

- Les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.
- Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès sera au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, l'Entreprise s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

ARTICLE 19 – ENTREE EN VIGUEUR, DUREE ET REVISION DE L'ACCORD

A titre exceptionnel, les parties conviennent de procéder à la signature du présent accord en recourant au mandat de signature (« Questions Réponses du Ministère du Travail COVID-19 » du 30 mars 2020), sans que cette modalité de signature puisse ultérieurement donner lieu à contestation. Un mandat à compléter est indiqué en annexe 1 du présent accord. Le mandant a le choix entre soit compléter, imprimer, signer, scanner puis envoyer par mail le mandat, soit

directement recopier le texte du mandat dans un mail et le transmettre. L'utilisation du mail doit permettre l'identification de son auteur.

Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

Le présent accord annule et remplace les précédents accords, ayant pour objet les dispositifs suivants :

- contrat collectif d'assurance « Général » ;
- contrat collectif d'assurance « Rente Éducation ».

Il se substitue également à tout usage, décision unilatérale ou accord atypique en vigueur au sein de l'Entreprise portant sur les mêmes objets.

La durée d'application des dispositions est prévue pour une durée déterminée de 5 ans. Il cessera automatiquement de produire ses effets à l'échéance du terme, soit le 30 juin 2025 à minuit.

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions légales en vigueur.

ARTICLE 20 – NOTIFICATION, DÉPOT ET PUBLICITÉ

Le présent accord est notifié à l'issue de la procédure de signature par la Direction à l'ensemble des organisations syndicales représentatives par message électronique avec accusé réception.

En application des articles L.2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, il sera également transmis par voie dématérialisée sur la plateforme de téléprocédure TéléAccords en deux versions, une version complète et signée des parties en format pdf et une version anonymisée publiable en format docx, ainsi que les pièces nécessaires au dépôt.

Un exemplaire papier original sera transmis à chacune des parties signataires et, en outre, déposé auprès du Greffe du Conseil de Prud'hommes de ROUEN.

Il sera à la disposition des collaborateurs sur l'intranet de l'Entreprise.

Fait en 7 exemplaires originaux
A Rouen, le 28 avril 2020

POUR LA DIRECTION DE L'UES MATMUT

POUR LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES DE L'UES MATMUT

CFDT,

Christelle COURTEL

SN2A-CFTC,

Florence LE MASSON

CFE-CGC,

Olivier CONTROZZI

CGT,

Laurant CANTEL

FO,

Elisabeth PEREE

ACCORD RELATIF AU REGIME COLLECTIF DE PREVOYANCE
« INCAPACITE – INVALIDITE – DECES »

PAGE 11 SUR 49

CFDT	SN2A-CFTC	CGT	CFE-CGC	FO	M. Nicolas GOMART
cc	FUT]	se	®	NG

ANNEXE 1

MANDAT DE SIGNATURE DE L'ACCORD RELATIF AU REGIME COLLECTIF DE PREVOYANCE « INCAPACITE – INVALIDITE – DECES » DU 28 AVRIL 2020

Conformément à la recommandation du ministère du travail
« Questions Réponses du Ministère du Travail COVID-19 » du 30 mars 2020

La version électronique de l'accord relatif au régime collectif de prévoyance « Incapacité – Invalidité – Décès » du 28 avril 2020, transmise par l'employeur par mail avec accusé réception le <date et heure> emporte le consentement de <nom de l'organisation syndicale représentative>.

Je soussigné(e) < nom prénom du mandant > en qualité de < Délégué syndical référent/Délégué syndical + nom de l'organisation syndicale représentative > donne mandat à < nom prénom du mandataire > en qualité de < Délégué syndical référent/Délégué syndical + nom de l'organisation syndicale représentative > pour signer l'accord relatif au régime collectif de prévoyance « Incapacité – Invalidité – Décès » du 28 avril 2020, sans que cette modalité de signature puisse ultérieurement donner lieu à contestation.

Fait à <à compléter>

Le <à compléter>

Signature

MODALITES D'ENVOI DU MANDAT

Option 1 : Après avoir été complété, imprimé et signé, le présent mandat est scanné puis transmis par le mandant au mandataire, copie à l'employeur et au(x) délégué(s) syndical(aux) référent(s) des organisations syndicales représentatives mentionnées dans le mandat.

Option 2 : Le mandant recopie le texte du mandat dans un mail, le complète et l'envoie avec accusé réception au mandataire, copie à l'employeur et au(x) délégué(s) syndical(aux) référent(s) des organisations syndicales représentatives mentionnées dans le mandat.

ANNEXE 2 – A titre informatif – Garanties collectives et obligatoires

	OPTION 1 - Capital Décès		OPTION 2 - Capital Décès minoré + Rentes Educations		OPTION 3 - Capital Décès minoré + Rente de Conjoint	
	Ensemble du personnel		Ensemble du personnel		Ensemble du personnel	
	TA	supérieur à TA	TA	supérieur à TA	TA	supérieur à TA
	En % du salaire annuel brut		En % du salaire annuel brut		En % du salaire annuel brut	
DECES - IAD TOUTES CAUSES						
Versement d'un capital selon la situation de famille de l'assuré égal à						
• Tout assuré	310 %	310 %	260 %	260 %	245 %	245 %
• Majoration par enfant à charge	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DECES - IAD PAR ACCIDENT						
• Tout assuré	155 %	155 %	130 %	130 %	122.50 %	122.50 %
• Majoration par enfant à charge	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
CAPITAL POUR ORPHELIN						
• Marié, concubin ou partenaire de PACS	310 %	310 %	260 %	260 %	245 %	245 %
• Majoration par enfant à charge	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
RENTE EDUCATION						
• Jusqu'à la date du 27ème anniversaire de l'enfant			9 %	9 %		
• Allocation complémentaire d'orphelin			Jusqu'à la date du 27ème anniversaire de l'enfant			
RENTE DE SURVIE			9 %	9 %		
• Rente viagère			10 %	10 %		
• Allocation complémentaire d'orphelin			10 %	10 %		
RENTE DE CONJOINT (CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE DE PACS)						
• Rente viagère					(65-X)*0,20%	(65-X)*0,20%
• Rente temporaire					(X-25)*0,20%	(X-25)*0,20%
• Allocation d'orphelin - Répartie par parts égales entre les enfants à charge au moment du décès du dernier parent					X = âge du salarié au moment du décès	
• Capital substitutif (Célibataire, veuf ou divorcé)					Dernier montant de la rente viagère avant le décès du dernier parent	
DOUBLE EFFET					100%	100 %
Décès simultané ou postérieur du conjoint, concubin ou PACS			100% du capital décès			
Versement aux enfants à charge d'un capital égal à						
GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL	Les prestations ci-dessous sont exprimées en % du salaire brut sous déduction des prestations Sécurité Sociale, dans la limite du salaire net					
INCAPACITE TEMPORAIRE						
Origine						
• Franchise	90 jours continus					
• Indemnité journalière	85% du salaire brut					
INVALIDITE						
• 1ère catégorie	100% du salaire net Pour les invalides ne travaillant pas la prestation est de 60% du salaire net					
• 2ème catégorie	100% du salaire net					
• 3ème catégorie	100% du salaire net					
Allocation tierce personne en cas d'invalidité 3ème catégorie avec majoration tierce personne	40% TA dans la limite de 40% du Plafond de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la mise en invalidité 3ème catégorie					
INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE						
Taux égal ou supérieur à 66% avec tierce personne	100% du salaire net					
Taux égal ou supérieur à 66%	100% du salaire net					
Taux compris entre 33 et moins de 66%	100% du salaire net					

Le salarié doit compléter et signer un "bulletin individuel d'affiliation" pour choisir l'option de garanties applicables.

Pour les salariés ayant 1 an ou plus d'ancienneté

Rente éducation supplémentaire	
Age des enfants à charge au sens du paragraphe « enfant à charge »	Montant annuel de la Rente Education
Jusqu'à 10 ans.....	13% Pass
De 11 à 17 ans.....	14% Pass
De 18 à 21 ans ou 26 ans si poursuite des études	17% Pass

ANNEXE 3 – A titre informatif – Garantie collective et facultative Décès

	REGIME FACULTATIF	
	Option 1	Option 2
DECES - IAD TOUTES CAUSES	% du salaire brut	% du salaire brut
• Salarié	100 %	200 %
PREDECES	% du salaire brut	% du salaire brut
• Conjoint	20 %	40 %

Le salarié doit compléter et signer un "bulletin individuel d'affiliation" pour choisir l'option de garanties applicables.

Annexe 4 – A titre informatif
Conditions Générales du contrat collectif obligatoire



SANTÉ
PREVOYANCE
RETRAITE
ÉPARGNE

PREVOYANCE Entreprise sur mesure

CONDITIONS GÉNÉRALES AU CONTRAT COLLECTIF

CONDITIONS GÉNÉRALES N°P919/1

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	6
1.1. Objet du contrat	6
1.2. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat	6
1.3. Obligations d'informations du souscripteur	6
1.4. Révision du contrat	9
TITRE II LES DISPOSITIONS RELATIVES A 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	12
TITRE III LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	13
3.1. Objet des garanties	13
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties	13
Cas particulier :	13
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat	13
3.4. Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie	13
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail –invalidité permanente	17
3.6. Exclusions :	20
3.7. Prestations	21
TITRE IV MAINTIEN DES GARANTIES	25
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	25
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	25
TITRE V EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS	26
5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin ») :	26
5.2. Prestations en cours de service :	26
5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») :	26
5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation	26
5.5 Obligations du souscripteur du fait de la résiliation	26
TITRE VI LES COTISATIONS	27
6.1. Assiette et montant	27
6.2. Modalités de paiement	27
6.3. Défaut de paiement	27
TITRE VII REFERENCES LEGALES	28
7.1. Fausse déclaration	28
7.2. Déchéance	28
7.3. Prescription	28
7.4. Subrogation	28
7.5. Réclamation –médiation	29
7.6. Juridiction compétente	29
7.7. Protection des données à caractère personnel	29
7.8. Autorité de contrôle	31
TITRE VIII PIECES JUSTIFICATIVES	32
Pièces nécessaires au paiement des prestations	32

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur	<p>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 ;</p> <p>Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale.</p> <p>Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « souscripteur » et « assuré ».</p>
Le souscripteur	<p>La personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.</p>
La catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ». Si ces catégories assurées se réfèrent à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il existe jusqu'au 31 décembre 2018.</p>
L'assuré	<p>La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.</p>
Le conjoint	<p>Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ L'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),▪ ou à défaut, le partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,▪ ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du code civil depuis au moins deux ans sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou pacs). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union.
Les enfants à charge	<p>Sont considérés comme enfants à charge de l'assuré ou de son conjoint au sens du contrat, ceux qui remplissent les conditions cumulative suivantes au jour de l'événement ouvrant droit à prestations :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ être âgés de moins de 18 ans,▪ être 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. <p>Cette limite d'âge est portée à 26 ans révolus pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC brut,▪ s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,▪ s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

Les ascendants à charge	<p>La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (18 ou 26 ans sous conditions)</p> <p>Les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie, sont assimilés à des enfants à charge.</p>
Les bénéficiaires	<p>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.</p>
Accident	<p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.</p>
L'acte authentique	<p>Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.</p>
L'acte sous seing privé	<p>Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.</p>
Affection de longue durée (ALD)	<p>Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.</p>
DSN	<p>La déclaration sociale nominative 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.</p>
Maladie	<p>Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.</p>
Plafond annuel de la Sécurité sociale	<p>Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>

Portabilité

Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le salaire brut

La totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie à l'exclusion des primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire, indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.

Le salaire net

Le cas échéant et dans les conditions prévues dans les garanties concernées, le salaire brut est retenu pour sa valeur nette imposable perçu au cours des 12 derniers mois, après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, après déduction de la CSG, CRDS et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance / santé imposable et avant éventuelle imposition à la source.

**Sécurité sociale
(Régime obligatoire)**

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

**Les tranches de
salaire**

Le cas échéant, 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.

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire ci-avant.

TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

1.1. Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'organisme assureur.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance choisies par le souscripteur.

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

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées,
- **les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - la date d'effet du contrat,
 - la définition de la catégorie assurée,
 - les garanties choisies, la nature et le montant des prestations,
 - les cotisations correspondant aux garanties souscrites,
 - les dérogations éventuelles aux conditions générales.

Il est susceptible d'être complété d'avenants en modifiant les dispositions.

Le contrat prévoyance peut ouvrir droit aux garanties d'assistance conformément aux conditions particulières, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'application des garanties d'assistance. La notice d'information de l'assureur est jointe au présent contrat.

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant au souscripteur de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

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

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'organisme assureur dans les DEUX mois à compter de sa date d'émission.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an. Chacune des parties peut le résilier par lettre recommandée adressée DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi). Le souscripteur peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 6.3. « Défaut de paiement », 1.4. « Révision du contrat » et Titre V « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations ».

1.3. Obligations d'informations du souscripteur

1.3.1. Obligations déclaratives

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN (choix d'option du salarié) ou ne sont pas traitées par l'organisme assureur via la DSN, le souscripteur doit fournir à l'organisme assureur les éléments suivants :

A la souscription du contrat

Le souscripteur s'engage à adresser à l'organisme assureur :

- La liste nominative du personnel avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année de naissance, et le cas échéant de sa situation de famille, de l'identité des ayants droits susceptibles d'être couverts par le contrat.

- les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables conformément à l'article 2.1.1. « Personnes assurables » à la date d'effet du contrat.

Il est précisé que si les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité représentent plus de 10% de l'effectif à assurer, l'organisme assureur se réserve le droit de majorer la cotisation proposée.

Le souscripteur s'engage à déclarer tous les assurés au contrat dont :

- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits
- les salariés et anciens salariés en incapacité temporaire de travail ou invalidité,
- les bénéficiaires de rente d'éducation et/ou rente de conjoint en cours de service.

La déclaration doit être accompagnée du montant et de l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur ainsi que des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

Le souscripteur s'engage à ce que les salariés accomplissent les formalités médicales prévues à l'article 2.1.3. « Formalités médicales ».

En cours de contrat

Le souscripteur doit également dans un délai de trente jours :

- communiquer les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les salariés entrant dans la catégorie assurée,
- le cas échéant, s'engager à ce que ces salariés accomplissent les formalités médicales prévues à l'article 2.1.3 « Formalités médicales » ,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés,
- informer de la rupture des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties conformément à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) » étant précisé qu'il pourra être fait application de l'article 1.4 « Révision du contrat » ,
- informer du décès de ses salariés.

Si le bulletin individuel d'affiliation ne nous est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet, l'affiliation ne prend effet qu'après notre accord exprès et à compter de la date de cet accord.

Le souscripteur doit informer immédiatement l'organisme assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de :

- modification du risque assuré notamment du fait de la mise en place d'un plan de sauvegarde de l'emploi ou de l'engagement de procédure de licenciement visant plus de 10% de l'effectif assuré,
- procédure de redressement ou liquidation judiciaire en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur et du mandataire judiciaire.

1.3.2. Les autres obligations et pièces justificatives

Le souscripteur doit :

- adresser à l'organisme assureur un exemplaire du contrat dûment signé dans les DEUX mois à compter de sa date d'émission,
- s'acquitter de la cotisation, conformément au titre VI « Les cotisations ».
- dans le cadre de la DSN, exploiter le CRM (compte rendu métier) et effectuer toutes les modifications nécessaires afin que ces DSN deviennent exploitables.
- transmettre à l'organisme assureur sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN :
 - chaque trimestre les modifications de la situation professionnelle des salariés et, le cas échéant, familiale sur un bordereau fourni par l'organisme assureur à cet effet
 - à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée.
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés l'imprimé leur permettant de changer de bénéficiaires et, le cas échéant, un bulletin de choix d'options si cela est prévu aux conditions particulières.
- en cas d'événement ouvrant droit aux prestations, le souscripteur doit transmettre dans les délais prévus à l'article 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives » les pièces nécessaires au règlement des prestations telles qu'énumérées au titre VIII « Pièces justificatives ».

1.3.3. Obligations liées à la territorialité

Sauf mention particulière aux conditions particulières, l'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

Pour chaque assuré :

Les garanties sont acquises lorsqu'il exerce son activité sur le territoire français ou hors de ce territoire **sauf dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère des Affaires étrangères, 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.**

De ce fait, les présentes Conditions générales ne permettent pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.

Déplacement et détachement :

Le souscripteur doit déclarer à l'organisme assureur au moins **dans les trente jours** qui précèdent :

- le déplacement ou séjour pour raison professionnelle ou le détachement d'un ou plusieurs assurés dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère des Affaires étrangères,
- le déplacement terrestre, maritime ou aérien d'un groupe de plus de CINQUANTE (50) assurés,
- le regroupement d'un groupe de plus de DEUX CENT (200) assurés organisé en dehors des locaux habituels de travail du souscripteur.

Ces situations constituant une modification du risque déclaré lors de la souscription, l'organisme assureur se prononcera sur les conditions de garantie et de tarification dans lesquelles se poursuit le contrat.

A défaut de déclaration préalable et d'acceptation préalable de l'organisme assureur d'un déplacement ou d'un détachement d'un assuré dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère des Affaires étrangères, les sinistres affectant l'assuré qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvrent droit à aucune garantie, conformément à l'article 3.6. « Exclusions ».

A défaut de déclaration préalable d'un déplacement terrestre, maritime ou aérien d'un groupe de plus de CINQUANTE (50) assurés ou de regroupement d'un groupe de plus de DEUX CENT (200) assurés organisés en dehors des locaux habituels de travail du souscripteur, l'organisme assureur se réserve le droit de réduire les prestations ou d'appliquer les sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

En tout état de cause, l'engagement de l'organisme assureur sera limité à CENT (100) MILLIONS D'EUROS par événement.

Regroupement sur un même site :

Le souscripteur doit déclarer à l'organisme assureur :

- à la souscription du contrat : tout regroupement de plus de HUIT CENT (800) assurés sur un même site.
- en cours de contrat : tout nouveau regroupement de plus de HUIT CENT (800) assurés sur un même site.

L'absence de déclaration entraînera la réduction des garanties en application des dispositions du code applicable au contrat.

En tout état de cause, le montant des prestations sera limité à CENT SOIXANTE DIX (170) MILLIONS D'EUROS par événement et la durée de couverture accordée est de :

- 72 heures consécutives, en cas de catastrophes naturelles. Le souscripteur ayant le libre choix du point de départ,
- 168 heures pour tout autre événement.

Il est précisé que par :

- « engagement », il est entendu le cumul des prestations accordées par l'organisme assureur y compris, le cas échéant, les capitaux constitutifs de rente.
- « événement », il est entendu un accident ou une catastrophe naturelle (séismes, tempêtes, grêle, tornades, crues et inondations) entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins 3 assurés.

1.3.4. Information des assurés

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Conformément aux dispositions légales :

- Il est de la responsabilité du souscripteur de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'organisme assureur et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations
- La preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au souscripteur.

1.4. Révision du contrat

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution réglementaire ou d'évolution des résultats.

1.4.1. Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification et sous réserve du paragraphe 1.4.3 - Modalités de révision ».

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.4.2. Résultats du contrat

Si les résultats du contrat le nécessitent, l'organisme assureur se réserve la possibilité de proposer un aménagement des garanties et/ou une révision des cotisations. Il en est de même en cas d'aggravation du risque notamment dans les cas suivants :

- toute procédure de licenciement visant plus de 10 % de l'effectif assuré,
- la mise en place d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi,
- l'éligibilité des salariés à la portabilité, s'ils représentent plus de 10% de l'effectif assuré.

L'organisme assureur adresse une lettre recommandée avec avis de réception au souscripteur avant le 31 octobre. Les nouvelles conditions sont applicables au 1^{er} janvier de chaque année.

1.4.3. Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique. Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi du courrier recommandé de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

TITRE II LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1. Conditions et formalités d’affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Sous réserve d’être déclarées à l’organisme assureur conformément à l’article 1.3. « Obligations d’informations du souscripteur » les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières dont le contrat de travail est en vigueur,
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d’effet du présent contrat jusqu’à expiration de leurs droits.

Cas particuliers :

A la demande du souscripteur, les personnes suivantes peuvent également bénéficier du contrat sous réserve d’être déclarées à l’organisme assureur et dans des conditions et modalités de financement spécifiées aux Conditions particulières :

- Au titre de la reprise de passif, les salariés en arrêt de travail à la date d’effet du contrat, et le cas échéant sous déduction des prestations versées par le précédent organisme assureur,
- Les personnes dont le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que maladie ou accident sans maintien de rémunération notamment pour congés parental, d’éducation, pour création d’entreprise, de formation, de présence parentale, de solidarité familiale et sabbatique à titre facultatif.

En l’absence de dispositions spécifiques concernant ces personnes dans les conditions particulières, elles ne bénéficient pas du contrat.

2.1.2. Formalités d’affiliation

SI les données nécessaires à l’affiliation et à l’enregistrement des garanties n’entrent pas dans le périmètre de la DSN (choix d’option du salarié) ou ne sont pas traitées par l’organisme assureur via la DSN, les personnes assurables doivent accomplir les formalités d’affiliation suivantes :

- compléter et signer un « bulletin individuel d’affiliation » et si le contrat le prévoit à choisir l’option de garanties applicables,
- procéder aux formalités médicales, conformément à l’article ci-dessous si l’adhésion de l’entreprise est soumise à une sélection médicale (fonction du nombre de salariés à assurer notamment).

Le souscripteur doit retourner le bulletin individuel d’affiliation dans les trente jours qui suivent la date d’affiliation demandée.

2.1.3. Formalités médicales

L’organisme assureur peut soumettre les effectifs du souscripteur à des formalités médicales, lors de la souscription du contrat, ou ultérieurement.

Formalités médicales préalables à la souscription du contrat

Lorsque l’entreprise souscriptrice est soumise à une sélection médicale (par exemple, en dessous d’un certain nombre de salariés à assurer), le salarié doit compléter un questionnaire de santé et éventuellement effectuer des analyses. Ces documents doivent être adressés à l’attention du médecin conseil de l’organisme assureur sous pli confidentiel.

Le médecin conseil peut demander au salarié d’effectuer des examens médicaux complémentaires et de lui adresser les résultats.

S’il le souhaite, le salarié peut demander toute information au médecin conseil qui lui répondra directement.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l’organisme assureur peut :

- accepter l’affiliation dans les conditions normales du contrat,
- proposer de nouveaux taux de cotisations ou un aménagement des garanties, ces dernières s’appliquant à l’ensemble du groupe assuré,
- refuser l’affiliation de l’ensemble de la catégorie assurée.

La carence d'un membre de la catégorie assurée définie aux conditions particulières sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'organisme assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées.

En cas de carence d'un salarié dans l'accomplissement de ces formalités médicales, n'ayant pas permis à l'organisme assureur d'apprécier le risque, et passé un délai de trente jours, l'organisme assureur adressera au souscripteur une lettre recommandée avec avis de réception informant le souscripteur de son refus de l'adhésion de l'ensemble de la catégorie de personnel à assurer.

Les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur avant la date d'effet du contrat, et ayant toujours des droits au titre de la portabilité sont soumis à ces mêmes modalités d'affiliation à la date d'effet du contrat.

• **Formalités en cours de contrat**

Lorsque l'entreprise souscriptrice est soumise à une sélection médicale (par exemple, en dessous d'un certain nombre de salariés à assurer) tout nouvel entrant dans la catégorie assurée est également soumis aux formalités décrites ci-avant.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l'organisme assureur peut :

- soit continuer à assurer le groupe aux conditions en vigueur ;
- soit continuer à assurer le groupe en proposant par lettre recommandée avec avis de réception, de nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties applicables à l'ensemble du groupe assuré. Si le souscripteur accepte la proposition de l'organisme assureur, les aménagements prendront effet à la date d'entrée du nouvel entrant dans l'effectif assurable. Si le souscripteur ne donne pas suite à la proposition de l'organisme assureur dans les 30 jours, l'organisme assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai ;
- soit refuser de continuer à assurer le groupe. Dans ce cas la résiliation est notifiée au souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet 10 jours après l'envoi de cette lettre.

Si par suite de la carence de certains membres de la catégorie assurée définie aux conditions particulières dans l'accomplissement des formalités médicales, l'organisme assureur ne pouvait apprécier l'évolution du risque, il adresserait au souscripteur une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de cette carence et stipulant que le contrat sera résilié à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de sa date d'envoi, sauf s'il satisfait durant ce délai à l'ensemble des formalités médicales requises.

La carence d'un membre de la catégorie assurée définie aux conditions particulières sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'organisme assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées dans cette lettre.

Si en cours de contrat, les facteurs d'aggravation du risque viennent à disparaître, le souscripteur peut demander une révision de ses conditions tarifaires et / ou de garanties. Si l'organisme assureur n'y consent pas, le souscripteur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception. La résiliation prend effet 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Dans tous les cas de résiliation prévus ci-dessus, l'organisme assureur remboursera au souscripteur, le cas échéant, la portion de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

En toute état de cause, il appartient au souscripteur d'informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve :

- de la bonne réception du bulletin individuel d'affiliation dûment complété dans les délais prévus à l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation »,
- le cas échéant de l'accomplissement des formalités médicales prévues à l'article 2.1.3. « Formalités médicales »,

et après accord exprès de l'organisme 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 du contrat

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

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3. « Défaut de paiement »,
- 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 d'assurance vieillesse 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 III LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX 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 et le cas échéant en cas d'incapacité ou d'invalidité de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent aux conditions particulières.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7.2. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à la date d'effet de son affiliation.

Cas particulier :

Le cas échéant, les conditions d'assurance des personnes mentionnées à l'article 2.1.1. « Personnes assurables » sont indiquées aux conditions particulières.

A défaut d'avoir été déclarés dans les conditions requises lors de la souscription, ces personnes ne bénéficient d'aucune garantie.

3.2.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, l'organisme assureur peut subordonner son accord à l'accomplissement de formalités médicales. Les nouvelles garanties prendront effet après la notification de l'accord de l'organisme assureur et de l'acceptation par le souscripteur.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente et/ou décès, les assurés dont les garanties sont maintenues au titre de la portabilité, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date du sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités.

Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

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

Si les garanties ci-après sont mentionnées dans les Conditions particulières :

3.4.1. Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser au bénéficiaire désigné en cas de décès de l'assuré conformément à l'article 3.4.1. un capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Ce capital peut être déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré au jour de son décès.

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

En l'absence de désignation particulière de bénéficiaire faite par l'assuré, les capitaux décès hors majorations pour enfants ou le cas échéant ascendants 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 ascendants à charge de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- 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 enfants ou ascendants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci ou le cas échéant, cette part est versée entre les mains du représentant légal agissant pour leur compte et en leur nom.

Toutefois, 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'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

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

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

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

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

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

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

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

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré reconnue par l'organisme assureur selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale, **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :**

- l'assuré doit être reconnu par l'organisme assureur en 3ème catégorie des invalides (invalidé 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 s'il se voit attribuer un taux d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle égal à 100% et qu'il est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante ;

- l'assuré doit également percevoir de la Sécurité sociale une pension d'invalidité (3ème catégorie) ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle de 100% majorée pour assistance d'une tierce personne : l'état de santé de l'assuré doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Il est précisé que le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « 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'organisme assureur comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

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

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie et des majorations pour enfants ou ascendants 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 au sens du contrat, tel que défini au Lexique, simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, un capital mentionné aux conditions particulières, sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur à la date du décès du conjoint au sens du contrat.

Est considéré comme :

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

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

3.4.4. Garantie prédécès du conjoint

La garantie a pour objet de verser un capital à l'assuré en cas de décès de son conjoint au sens du contrat. Le montant du capital figure aux conditions particulières.

3.4.5. Garantie frais d'obsèques

La garantie a pour objet de verser un capital à la personne qui a engagé les frais d'obsèques, de l'assuré, de son conjoint au sens du contrat ou d'un de ses enfants à charge ou ascendant à charge si les conditions particulières le prévoient et dans les limites fixées à ces conditions particulières.

Les dispositions éventuellement prévues en cas de décès d'un enfant à charge s'appliquent également à l'enfant né sans vie.

En tout état de cause, la prise en charge de l'organisme assureur est limitée aux frais réellement engagés.

3.4.6 Garantie décès accidentel

La garantie a pour objet le versement d'un capital supplémentaire au capital décès toutes causes, en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident tel que défini au lexique et survenu au plus tard dans les douze mois qui suivent ledit accident.

Le montant du capital est indiqué aux conditions particulières et est versé aux mêmes bénéficiaires que 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.

3.4.7. Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré consécutive à un accident reconnu par l'organisme assureur, celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande, un capital supplémentaire au capital Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, 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 »,
- l'accident doit répondre à la définition prévue au Lexique,
- la PTIA doit survenir dans les douze mois qui suivent l'accident.

Le montant du capital est indiqué aux conditions particulières.

Il est précisé que le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « 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'organisme assureur comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie par accident de l'assuré.

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

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.

3.4.8. Garantie rente de conjoint

Elle a pour objet de verser au conjoint survivant au sens du contrat, une rente viagère ou une rente temporaire en cas de décès de l'assuré selon les conditions prévues à l'article 3.4.1. « Garantie décès toutes causes ».

Le montant des rentes est mentionné aux conditions particulières.

Rente viagère

Si le conjoint survivant au sens du contrat, remplit les conditions d'attribution de la rente, elle prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès de l'assuré et est payable par trimestre civil, à terme échu.

La rente est versée tant que son bénéficiaire est en vie et cesse en cas de décès.

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.

Rente temporaire

Elle est versée si à la date du décès de l'assuré le conjoint survivant au sens du contrat ne remplit pas les conditions d'attribution de la pension de réversion du régime de retraite unifié AGIRC-ARRCO.

Elle prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit le décès de l'assuré et est payable par trimestre échu.

La rente temporaire cesse à la fin du trimestre au cours duquel :

- le conjoint peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite unifié AGIRC - ARRCO
- ou
- le partenaire lié par un pacs ou le concubin aurait pu prétendre à ladite réversion s'il avait été marié avec l'assuré.
- le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs, atteste de sa situation de concubinage ou en tout état de cause lorsqu'il décède.

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 aux conditions particulières.

Ce capital est versé selon les dispositions de la désignation de bénéficiaire de l'article 3.4.1. « Garantie décès toutes causes ».

3.4.9. Garantie rente d'éducation

Elle a pour objet de verser, à chaque enfant à charge tel que définit au Lexique, une rente d'éducation, en cas de décès de l'assuré.

Le montant de la rente est mentionné aux conditions particulières.

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

Elle prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès de l'assuré et est payable par trimestre civil, à terme échu.

Elle cesse d'être due à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être à charge, atteint l'âge fixé aux conditions particulières, ou décède.

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

Le montant annuel de l'ensemble des rentes temporaires versées aux différents enfants est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations dans la limite de 100 % de celle-ci. La limitation est doublée pour les enfants orphelins de leurs deux parents dans les conditions ci-dessous.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés tels que définis au Lexique.

Majoration orphelin :

Si, à la suite du décès de l'assuré, l'enfant est orphelin de ses deux parents, ou tant que le présent contrat est en vigueur, le devient ultérieurement avant la fin du service de la rente prévue ci-dessus et au plus tard dans les 365 jours qui suivent le décès du premier parent, la rente peut être majorée dans les conditions mentionnées aux conditions particulières.

3.5. Garanties incapacité temporaire de travail –invalidité permanente

Si les garanties ci-après sont mentionnées dans les Conditions particulières :

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 aux arrêts de travail, constatés médicalement et que l'organisme assureur reconnaît, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical ».

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.

3.5.1. 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.

Le montant des indemnités journalières mentionné aux conditions particulières est exprimé soit en « Indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale incluses » soit « en complément des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale ».

Elle peut compléter le salaire partiel que le souscripteur maintient dans le cadre de la convention ou de l'accord collectif qui lui est applicable.

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 cette indemnité 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 au souscripteur et deviennent un élément de salaire, l'organisme assureur étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'assuré.
- Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné aux conditions particulières est versé directement à l'assuré et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute :

- soit 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 cas échéant, cette franchise peut être réduite en cas d'hospitalisation d'accident de la vie privée ou du travail ou de maladie professionnelle,
- soit à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise discontinue, correspondant au cumul d'un nombre de jours d'arrêt de travail survenu pendant l'année civile en cours ou au cours des 12 mois précédant le dernier arrêt déclaré,
- soit en relais des obligations de maintien de salaire total ou partiel prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable au souscripteur.

Ces dispositions sont précisées aux conditions particulières.

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 3.7.5. « règle de cumul ».

Rechute

Si l'assuré reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'organisme assureur et doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale moins de deux mois après la reprise du travail, le versement des indemnités journalières reprend sans application de la franchise sous réserve que les prestations de la Sécurité sociale soient versées.

Pour les affections de longue durée le délai de deux mois est porté à six mois.

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

Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre VIII « Pièces justificatives » et elles cessent :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension,
- le jour de sa reprise du travail 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 présent contrat,
- en tout état de cause au 1095ème jour d'arrêt de travail, sauf prolongation en cas de reprise à temps partiel thérapeutique, dans la limite d'un an,
- à la date de la reconnaissance de son invalidité ou incapacité permanente,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- 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.

3.5.2. Garantie Invalidité ou Incapacité permanente

Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale :

- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%. (sauf dispositions différentes aux conditions particulières).

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

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.

Paiement et durée des prestations

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.

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

3.6. Exclusions :

1. Sont exclus des garanties décès toutes causes, Perte totale et Irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente d'éducation, rente de conjoint, frais d'obsèques, prédécès du conjoint, les décès résultant des faits suivants :
 - de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
 - des actes de terrorisme, d'attentat ou de sabotage dès lors que l'assuré y prend une part active,
 - de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
 - d'un déplacement ou séjour dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées à l'article 1.3.3. « Obligations liées à la territorialité ».
 - Pour l'assuré déjà présent dans cette zone, au moment de l'inscription dans la liste des pays formellement déconseillés, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays.
2. Sont exclus des garanties décès accidentel et Perte totale et Irréversible d'autonomie accidentelle, Incapacité temporaire de travail-Invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :
 - de faits intentionnels et volontaires provoqués par l'assuré,
 - des actes de terrorisme, d'attentat ou de sabotage dès lors que l'assuré y prend une part active,
 - de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
 - de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
 - d'un déplacement ou séjour dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées à l'article 1.3.3. « Obligations liées à la territorialité ».
 - Pour l'assuré déjà présent dans cette zone, au moment de l'inscription dans la liste des pays formellement déconseillés, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays.
 - de l'état d'ivresse de l'assuré constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident,
 - d'usage de stupéfiants ou de tous produits toxiques par l'assuré en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
 - de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
 - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) ou de tout engin assimilé, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité.
 - de la pratique du saut à l'élastique sauf si cette pratique a été encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement,
 - de la participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien,
 - de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
 - de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,

- de la pratique de sports à titre professionnel,
- d'activités professionnelles sous la mer et/ou sous la terre,
- de rixes, sauf en cas de légitime défense,
- d'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,
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices à titre professionnel.

3.7. Prestations

3.7.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations correspond à la base de calcul des cotisations relative aux douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestation (dite « période de référence »). Elle est limitée aux tranches de salaires mentionnées aux conditions particulières pour la garantie concernée.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Si la durée du 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.

Si la rémunération brute est fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale, les prestations sont calculées sur la base du plafond en vigueur au jour de l'événement concerné.

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 3.7.7. « 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.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues dans chacune des garanties.

Lorsque les prestations sont liées à la situation de famille de l'assuré, sont retenues pour le calcul des prestations les personnes suivantes, telles que définies au lexique :

- Le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin,
- Les enfants à charge au jour de l'événement,
Les ascendants à charge.

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

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

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

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

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent la période de franchise pour la garantie Incapacité temporaire de travail, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'événement ouvrant droit à prestation.

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

Cas spécifique de la garantie Incapacité temporaire

Dans le cas de la garantie Incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, un certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'organisme assureur, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'assuré, dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'organisme assureur dans un délai de 30 jours.

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

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

3.7.4. Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

En cas de contestation, l'assuré notifie par lettre recommandée dans un délai de 10 jours à compter de la réception du courrier de l'organisme assureur (cachet de la poste faisant foi) :

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3.7.5. Règle du cumul

Au titre des garanties Incapacité temporaire ou Invalidité et Incapacité permanente, les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

De ce fait, le cumul des prestations servies au titre des garanties précitées

- par l'organisme assureur ;
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne) ;
- par tout autre organisme ;
- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire ;
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée ;

ne peut excéder le salaire net de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail, le cas échéant, revalorisé (dans les conditions de l'article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »).

Lorsque les prestations sont versées directement à l'assuré, les éléments précités sont retenus pour leur montant net.

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.

Ainsi, lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont réduites du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle, les indemnités journalières complémentaires que nous versons ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6. Plafonds de garantie

Au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie, le cumul des prestations versées par l'organisme assureur au titre d'un même assuré, capitaux et le cas échéant capitaux constitutifs des rentes, ne peut excéder CENT fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. En cas de dépassement de ce plafond, et sous réserve que les garanties soient souscrites, le différentiel viendrait en déduction des prestations, dans l'ordre de priorité suivant :

- capital décès accidentel,
- capital décès toutes causes,
- capital constitutif de la rente de conjoint,
- capitaux constitutifs des rentes éducation.

3.7.7. Revalorisation

Revalorisation des prestations décès

À compter de la date du décès ouvrant droit à prestation et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie au titre VIII « Pièces justificatives », la prestation mentionnée au présent contrat, 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.

Revalorisation des prestations en cours de service

Sont revalorisables les prestations en cours de service :

- rente éducation
- rente de conjoint
- indemnités journalières
- rente d'invalidité

au 1^{er} juillet qui suit la date d'effet de la prestation, et ensuite tous les ans à cette même date.

L'unité de référence est égale au taux de revalorisation déterminé le cas échéant chaque année par le conseil d'administration. Le Conseil d'administration peut décider chaque année de limiter le niveau de revalorisation des prestations périodiques en cours de service (garanties rente d'éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire - invalidité), en fonction du fonds de revalorisation de l'organisme assureur et des résultats financiers de l'organisme assureur.

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

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, la rémunération de base est revalorisée, dès le 1^{er} juillet qui suit la date d'arrêt de travail, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur :

- à 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.

Poursuite de la revalorisation des prestations en cours à la date d'effet du contrat

À la demande du souscripteur, l'organisme assureur peut revaloriser à compter de la date d'effet du contrat les prestations en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes de conjoint, rentes d'éducation), conformément aux conditions et modalités de financement prévues aux conditions particulières.

Le pourcentage d'augmentation de l'unité de référence, telle que mentionnée au paragraphe « sont revalorisables les prestations en cours de service », est calculé par rapport à la valeur de l'unité de référence en vigueur au 1^{er} juillet qui précède la date d'effet du contrat.

En l'absence de dispositions spécifiques dans les conditions particulières, l'organisme assureur ne poursuit aucune revalorisation.

3.7.8. 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'organisme 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'organisme 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 IV 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 rémunération du souscripteur,
- ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunéré », les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail. Toutefois, si cette faculté est prévue aux Conditions Particulières, l'assuré peut demander à l'organisme assureur le maintien des garanties mentionnées aux Conditions Particulières, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive de l'assuré.

Les garanties et leurs évolutions peuvent continuer à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour congés parental, d'éducation, pour création d'entreprise, de formation, de présence parentale, de solidarité familiale et sabbatique, sous réserve que le souscripteur en avise l'organisme assureur au moins trente jours avant la prise d'effet de la suspension. Toutefois, les garanties incapacité invalidité ne s'appliquent que si la Sécurité sociale verse des prestations à ce titre à l'assuré concerné.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues pour chaque bénéficiaire, sous réserve que les cotisations soient payées et tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant.

Les cotisations sont dues dans les conditions prévues au Titre VI « Les cotisations » étant précisé qu'en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération, les cotisations sont intégralement à la charge de l'assuré sauf décision contraire.

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.

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

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,
- 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 :

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

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.

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. En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié dans les conditions visées à l'article 3.3. « Modifications des garanties en cours de contrat ».

TITRE V EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

La résiliation du contrat met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-dessous. Le souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin ») :

Les assurés concernés peuvent demander à continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

5.2. 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.

5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») :

Les garanties décès (à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'assuré : double effet, frais d'obsèques, prédécès du conjoint et la majoration orphelin prévue à la garantie rente éducation) sont maintenues aux assurés se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail ou en invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes.

Toutefois, si la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité permanente est souscrite chez un autre organisme assureur le maintien de la garantie décès est subordonné à la fourniture de la preuve de la couverture effective de l'arrêt de travail au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de résiliation. A défaut, les garanties décès ne seront pas maintenues.

5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

Les revalorisations cessent au niveau atteint à la date de résiliation du contrat. En conséquence, les prestations continuent à être versées sans tenir compte des évolutions ultérieures de l'unité de référence.

5.5 Obligations du souscripteur du fait de la résiliation

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

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation en cours de service,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,
- continuera d'assurer le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la portabilité pour la période de droits restant à couvrir.

Il incombe également au souscripteur, quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, d'informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

TITRE VI LES COTISATIONS

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur. Elle correspond au salaire brut annuel de l'assuré dans la limite des tranches de salaire tel que défini au Lexique.

Pour les assurés en chômage partiel, la base de calcul des cotisations se fait sur l'indemnité horaire versée par l'employeur, égale à 70% de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet (indemnité portée à 100% de la rémunération nette si des actions de formation sont mises en œuvre pendant les heures chômées).

Pour les assurés en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujéti aux charges sociales.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés, aux conditions particulières en pourcentage, de la base de calcul des cotisations.

6.2. Modalités de paiement

Les cotisations annuelles exprimées aux conditions particulières, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque échéance.

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

Le souscripteur doit respecter les obligations mentionnées à l'article 1.3.2. « Les autres obligations et pièces justificatives »

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

6.3. Défaut de paiement

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

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties selon les modalités prévues au titre V « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

TITRE VII REFERENCES LEGALES

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'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

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.

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

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

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur s'adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou le bénéficiaire s'adresse à l'organisme 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'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

L'assuré atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

7.5. Réclamation – médiation

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

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, 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 Cambacérés, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

7.6. Jurisdiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du 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 bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDITIONS GENERALES P9191
Garantie Prévoyance sur mesure

7.8. Autorité de contrôle

L'organisme assureur et l'assisteur sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

CONDITIONS GENERALES Pour
Garantie Prévoyance sur mesure

TITRE VIII PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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 ...	DECES TOUTES CAUSES	PTA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE DECLARATION	RENTE DE CONJOINT	FRAIS DOBBOGLES	PREDECEDES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE 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 3.7.1. « Base de calcul des prestations »).	X	X		X	X	X	X			X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X	X	X				
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X	X	X				
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X		X				
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X		X	X			X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X					X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		X					
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X			X	X

CONDITIONS GENERALES P0191
Garantie Prévoyance sur mesure

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	PTA S/D OUBLES	PREDEDECES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE 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.		X							X		X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X							X		X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X								X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X								X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes...) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant										X	
Facture acquittée						X					
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X						
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X						
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X							X	X
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X						
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X						

CONDITIONS GENERALES P919/1
Garantie Prévoyance sur mesure

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	ALLOCATION OBSOLES	PREDECEDES DU	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	NCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
	Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X							X
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.								X	X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt										X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite										X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.											X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale											X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X	X	X				
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.										X	

CONDITIONS GENERALES P9191
Garantie Prévoyance sur mesure

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

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

