

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES PROFESSIONS
REGROUPÉES DU CRISTAL, DU VERRE ET DU VITRAIL

Régime complémentaire de prévoyance salariés non cadres

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES n°MH-11922_1909

Garantie rente d'éducation

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
LEXIQUE	6
TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT	8
1.1. OBJET DU CONTRAT	8
1.2. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT	8
1.3. RÉGIME DE PRÉVOYANCE MUTUALISÉ	8
1.4. OBLIGATIONS D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR	8
1.5. RÉVISION DU CONTRAT	10
TITRE II – LES DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT	10
2.1. CONDITIONS ET FORMALITÉS D’AFFILIATION	10
2.2. PRISE D’EFFET DE L’AFFILIATION	12
2.3. CESSATION DE L’AFFILIATION	12
TITRE III – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE RENTE D’ÉDUCATION	12
3.1. OBJET DE LA GARANTIE	12
3.2. PRISE D’EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE	12
3.3. DÉFINITIONS DE LA GARANTIE	13
3.4. PRESTATIONS	13
TITRE IV – MAINTIEN DES GARANTIES	14
4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	14
4.2. EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (PORTABILITÉ)	15
TITRE V – EFFET DE LA RÉSILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS	15
5.1 CESSATION DES REVALORISATIONS EN CAS DE RÉSILIATION	15
5.2 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR DU FAIT DE LA RÉSILIATION	16
TITRE VI – LES COTISATIONS	16
6.1. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS	16
6.2. MODALITÉS DE PAIEMENT	16
6.3. DÉFAUT DE PAIEMENT	16
TITRE VII – RÉFÉRENCES LÉGALES	16
7.1. FAUSSE DÉCLARATION	16
7.2. DÉCHÉANCE	17
7.3. PRESCRIPTION	17
7.4. RÉCLAMATION – MÉDIATION	17
7.5. JURIDICTION COMPÉTENTE	17
7.6. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	17
7.7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	19
TITRE VIII – PIÈCES JUSTIFICATIVES	19

PRÉAMBULE

Par accord du 30 juin 2017, les partenaires sociaux de plusieurs branches professionnelles ont décidé de se regrouper en un seul champ d'application professionnel et conventionnel. À ce titre, la Convention Collective Nationale de la fabrication du verre à la main semi-automatique et mixte (IDCC 1821) a été révisée afin d'élargir son champ d'application à :

- la Convention Collective Nationale de l'union des chambres syndicales des métiers du verre (IDCC 2306) ;
- la Convention Collective Nationale de l'industrie du vitrail (IDCC 1945) ;
- la Convention Collective Nationale de la verrerie travaillée mécaniquement au chalumeau (IDCC 161).

La convention révisée est dénommée « **Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail** ».

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sociale collective et solidaire, l'accord du 17 septembre 2019 négocié entre les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale unifiée a renforcé le régime conventionnel de prévoyance afin de permettre l'accès à une protection sociale optimale à l'ensemble des salariés concernés. Les garanties du régime conventionnel de prévoyance sont les suivantes : décès toutes causes, décès double effet, invalidité absolue et définitive et allocation obsèques.

Cet accord révisé en totalité les dispositions de l'accord du 2 juin 2014 institué par les partenaires sociaux de la branche de la fabrication du verre à la main semi-automatique et mixte (IDCC 1821). Les garanties conventionnelles de prévoyance comprises dans cet accord révisé constituent un socle minimal de prévoyance pour les entreprises relevant du champ d'origine de la convention collective IDCC 1821.

Les bénéficiaires de la couverture conventionnelle de prévoyance sont les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, et ce quelle que soit la nature de leur contrat de travail et quelle que soit leur ancienneté. Ces salariés sont dénommés « salariés non-cadres » dans la suite du présent contrat-cadre.

Conformément à l'article 3.2 de l'accord précité du 30 juin 2017, les dispositions de l'accord du 17 septembre 2019 ne s'imposent pas aux entreprises qui relèvent du champ d'origine de l'une des trois autres conventions collectives nationales (IDCC 2306, 1945 et 161), et ce jusqu'au terme de la période transitoire fixée au 1er janvier 2022. À cette date, les dispositions de l'accord du 17 septembre 2019 renforçant le régime conventionnel de prévoyance seront opposables à l'ensemble des entreprises relevant des champs d'origine (IDCC 1821, 2306, 1945 et 161).

Afin de permettre aux entreprises relevant du champ d'origine de la convention collective IDCC 1821 de respecter leurs obligations conventionnelles en matière de régime de prévoyance des salariés non-cadres et afin de bénéficier d'un dispositif mutualisé, les partenaires sociaux de la branche des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail ont recommandé :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, n° SIREN 775 691 181.

Par application volontaire jusqu'au 31 décembre 2021, les entreprises relevant du champ d'origine des conventions collectives IDCC 2306, 1945 et 161 peuvent mettre en place le régime conventionnel de prévoyance au profit de leurs salariés non-cadres et participer à son financement par la souscription du contrat d'assurance référencé 17 septembre 2019 auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

Les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail qui souhaiteraient disposer d'une garantie complémentaire à celles prévues par l'accord du 17 septembre 2019 peuvent également souscrire au présent contrat d'assurance par lequel Malakoff Humanis Prévoyance met à disposition une garantie rente d'éducation en cas de décès d'un assuré. La souscription du présent contrat est conditionnée à l'adhésion préalable au régime conventionnel de prévoyance assuré par Malakoff Humanis Prévoyance au titre du contrat d'assurance référencé 17 septembre 2019.

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 L.931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés respectivement par « souscripteur » et « assuré » ;</p>
Le souscripteur	<p>La personne morale, définie aux conditions particulières, 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 ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, et répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1 « Personnes assurables ».</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>L'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e).</p>
Le partenaire lié par un pacs	<p>La personne liée par un pacs non dissout et non rompu.</p>
Le concubin	<p>La personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil et déclarée à l'organisme assureur dans les trois mois suivant le décès de l'assuré, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou pacs).</p>
Les enfants à charge	<p>Les enfants à charge au jour de l'événement ouvrant droit à prestations sont les enfants de l'assuré ou de son conjoint ou partenaire de pacs ou concubin, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis (les enfants recueillis sont définis ci-après), qui remplissent les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part :<ul style="list-style-type: none">• être âgés de moins de 18 ans,• être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :<ul style="list-style-type: none">- être étudiants et affiliés au régime général de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle,- être sous contrat d'apprentissage,- suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,• quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adulte handicapé, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire,- d'autre part :<ul style="list-style-type: none">• être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global. <p>Sont également considérés comme enfants à charge :</p> <ul style="list-style-type: none">- les enfants qui naissent dans les trois cents jours suivant le sinistre, s'ils naissent viables,- les enfants légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis par l'assuré même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié par un pacs ou de son concubin,- les enfants recueillis – dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un pacs – de l'assuré décédé sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès de l'assuré et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Les ascendants à charge	<p>Sont considérés comme à charge, les parents ou grands-parents vivant sous le toit d'un assuré et ne bénéficiant pas de ressources suffisantes pour entraîner le paiement d'impôts sur leurs propres revenus et bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) définie aux articles L.815-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, et à la condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que l'assuré ait été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu global le montant de la pension versé à ses ascendants, - ou que ses ascendants donnent droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.
Les bénéficiaires	Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.
Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
L'acte authentique	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
L'acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
DSN	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.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	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
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.
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	<p>Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire 1 et 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, - Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

1.1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un **contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire** souscrit par le souscripteur auprès de l'organisme assureur, ci-après dénommés collectivement « les parties ».

Le contrat ne peut être souscrit que par les entreprises qui entrent dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des professions regroupées du cristal, du verre et du vitrail.

Il a pour objet de fixer les conditions et modalités dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance définies ci-après.

Le contrat relève de la Branche 20 (Vie-Décès) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances.

Il se compose de deux parties indissociables :

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

Le contrat est susceptible d'être complété d'avenants modifiant les dispositions figurant aux conditions générales et aux conditions particulières.

1.2. DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve que celles-ci soient régularisées et retournées signées à l'organisme assureur au plus tard dans les **DEUX MOIS** qui suivent la date de leur 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 annuellement par tacite reconduction au 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 1.5 « Révision du contrat » et 6.3 « Défaut de paiement ».

1.3. RÉGIME DE PRÉVOYANCE MUTUALISÉ

Les résultats de tous les contrats d'assurance conclus auprès de l'organisme assureur au titre du régime complémentaire de prévoyance sont mutualisés. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats d'assurances relevant du périmètre de la mutualisation.

Les résultats des contrats d'assurance conclus auprès de l'organisme assureur au titre du régime conventionnel de prévoyance ne sont pas mutualisés avec les résultats des contrats visés à l'alinéa ci-avant.

1.4. OBLIGATIONS D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

1.4.1. Obligations déclaratives

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN, le souscripteur doit fournir à l'organisme assureur les éléments suivants :

1. À la souscription du contrat

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

- un exemplaire des conditions particulières du contrat dûment signé au plus tard dans les DEUX mois qui suivent sa date d'émission,

- les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par la totalité des personnes répondant à la définition de personne assurée (cf. article 2.1.1 « Personnes assurées ») à la date d'effet du contrat.

Le souscripteur s'engage à déclarer :

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

Le souscripteur s'engage à ce que les salariés accomplissent les formalités médicales prévues à l'article 2.1.2.1 « Formalités médicales préalables à la souscription du contrat ».

2. 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,
- 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 1.5 « Révision du contrat »,
- informer du décès de ses salariés,
- 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 procédures de licenciements visant plus de 5 % de l'effectif assuré,
 - procédure de redressement ou liquidation judiciaire en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire.

Le souscripteur s'engage à ce que les salariés accomplissent les formalités médicales prévues à l'article 2.1.2.2 « Formalités médicales en cours de contrat ».

1.4.2. Les autres obligations et pièces justificatives

Le souscripteur doit :

- acquitter la cotisation,
- 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 de ses salariés précisant leurs nom, prénom(s), 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,
- remettre à chacun de ces salariés l'imprimé leur permettant de changer de bénéficiaires,
- en cas d'événement ouvrant droit à prestation, transmettre dans les délais prévus à l'article 3.4.2 « Modalités d'ouverture du droit à prestations et délais de transmission des pièces justificatives » les pièces nécessaires au règlement des prestations telles qu'énumérées au Titre VIII « Pièces justificatives ».

1.4.3. Obligations liées à la territorialité

Sauf mention contraire aux conditions particulières, l'activité du souscripteur est réputée s'exercer en France.

Pour chaque assuré :

Les garanties sont acquises aux assurés qui exercent leur activité sur le territoire français ou hors de ce territoire sauf dans les régions ou pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères, lors de déplacements privés ou professionnels ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et -2 du Code de la sécurité sociale, dont le contrat de travail n'est pas suspendu.

De ce fait, les salariés expatriés ne sont pas assurés.

1.4.4. 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.

1.5. RÉVISION DU CONTRAT

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution législative et/ou réglementaire et/ou conventionnelle ou d'évolution des résultats.

1.5.1. Évolutions législatives et/ou réglementaires

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité Sociale, régime complémentaire de retraite AGIRC / ARRCO, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance objet du présent contrat, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui est, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression des garanties, les aménagements nécessaires.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, l'organisme assureur est fondé à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prendront effet à la date indiquée sur l'avenant adressé par l'organisme assureur. Dans les trente jours qui suivent cette information, le souscripteur peut demander la résiliation du contrat au 31 décembre **en envoyant sa demande de résiliation à l'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.**

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

1.5.2. Résultats du contrat

L'évolution des cotisations et/ou des garanties se fait en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte de l'évolution démographique des populations garanties.

En cas de modification, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au souscripteur.

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 ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.** Le contrat est alors résilié dans les dix jours qui suivent.

En cas d'absence de réponse dans les trente jours de l'envoi du courrier recommandé de l'organisme assureur, ce dernier considérera que le souscripteur a accepté les nouvelles conditions qui 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 À L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1. CONDITIONS ET FORMALITÉS D’AFFILIATION

2.1.1. Personnes assurables

Sont **obligatoirement** affiliés au contrat tous **les salariés du souscripteur qui ne relèvent pas des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947**, dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2018, quelles que soit la nature du contrat de travail et l'ancienneté, et dont le contrat de travail est en vigueur et non suspendu.

Cas particuliers :

Sous réserve d'être déclarées à l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 1.4.1.1 « Obligations déclaratives – À la souscription du contrat », les personnes suivantes sont affiliées au contrat à la date d'effet de celui-ci :

- les salariés toujours sous contrat de travail en incapacité temporaire de travail ou en invalidité.

Si au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'assuré bénéficie d'un maintien des garanties en cas de décès en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations éventuellement dues au titre du présent contrat.

- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits.
- les personnes dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ou sans indemnisation peuvent adhérer au présent contrat à titre facultatif dans les conditions prévues à l'article 4.1.2 « Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée ». Sont visés les salariés en congé sans solde, en congé parental d'éducation, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, en congé individuel de formation, sous réserve qu'ils continuent de relever de la Sécurité sociale.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Le salarié s'engage à :

- compléter et signer un « bulletin individuel d'affiliation »,
- procéder aux formalités médicales conformément à l'article ci-dessous ; l'acceptation de la garantie rente d'éducation étant soumise à une sélection médicale.

1. Formalités médicales préalables à la souscription du contrat

La souscription du présent contrat est soumise à une sélection médicale. À ce titre, 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 de l'organisme assureur 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 de la garantie 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 sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé 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 l'informant de son refus d'affilier l'ensemble de la catégorie de personnel à assurer à la garantie complémentaire rente d'éducation.

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.

2. Formalités médicales en cours de contrat

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 accusé de réception, de nouvelles conditions tarifaires et/ou de garantie applicables à l'ensemble de la catégorie assurée. 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, ce dernier 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 accusé 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 dans l'accomplissement des formalités médicales, l'organisme assureur ne pouvait apprécier l'évolution du risque, il adresserait au souscripteur une lettre recommandée avec accusé 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 était satisfait durant ce délai à l'ensemble des formalités médicales requises.

La carence d'un membre de la catégorie assurée sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé 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 garantie. Si l'organisme assureur n'y consent pas, le souscripteur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé 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 correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

En tout 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 et signé,
- de l'accomplissement des formalités médicales prévues à l'article 2.1.2,

et après l'accord exprès de l'organisme assureur.

2.2.1. À 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 ou 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 (portabilité) »,**
- **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 par le souscripteur ou l'organisme assureur, quel qu'en soit le motif.**

TITRE III – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION

3.1. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations en cas de décès de l'assuré.

La garantie souscrite et le montant de la prestation figurent aux conditions particulières.

3.2. PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE

3.2.1 Prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet pour chaque assuré à la date d'effet de son affiliation.

3.2.2 Cessation de la garantie

La garantie cesse pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

3.3. DÉFINITIONS DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet de verser à chaque enfant à charge de l'assuré tel que défini au Lexique une rente temporaire d'éducation en cas de décès de celui-ci.

Le montant annuel de la rente est indiqué aux conditions particulières.

La rente d'éducation est une rente fixe dont le versement prend fin dans les conditions définies ci-après.

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

L'enfant à charge ou son représentant légal doit justifier annuellement que les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations continuent d'être remplies. **En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.**

La rente cesse d'être due :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant à charge ne remplit plus les conditions pour être bénéficiaire,
- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant à charge atteint l'âge de 18 ans ou de 26 ans en cas de poursuite d'études, conformément aux dispositions du Lexique,
- en tout état de cause, à la date du décès de l'enfant à charge.

Enfant handicapé :

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants à charge, quel que soit leur âge, qui perçoivent l'une des allocations pour adulte handicapé, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

3.4. PRESTATIONS

3.4.1. 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'évènement ouvrant droit à prestations** (dite « période de référence »). Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 définies comme suit :

- Tranche 1 (ou « T1 ») : fraction au plus égale au salaire limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche 2 (ou « T2 ») : fraction de salaire supérieure à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et limitée à 4 fois ce plafond.

Les prestations sont calculées sur la base du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'évènement concerné.

La base de calcul des prestations est reconstituée, sur la base d'un temps complet, à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence au sein des effectifs du souscripteur lorsque :

- la période de référence est inférieure à douze mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas de congés ou d'arrêt de travail pour maladie, accident, périodes de réadaptation, rééducation et formation à la suite d'un accident du travail ou de trajet, maladie professionnelle ou inaptitude, adoption, paternité.

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

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze mois civils précédant immédiatement la date de survenance du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 3.4.3.4 « Revalorisation en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail en cours de contrat ».

Pour les assurés bénéficiant de la portabilité, la base de calcul des prestations correspond à la base de calcul des cotisations relative aux douze mois précédant la cessation du contrat de travail, le cas échéant reconstituée dans les conditions définies ci-avant.

3.4.2. Modalités d'ouverture du droit à prestations et délai de transmission des pièces justificatives

Tous évènements ouvrant droit à garantie doivent être déclarés selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au présent 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 justificatives énumérées au Titre VIII « Pièces justificatives ».

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

L'ensemble des pièces justificatives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **30 jours**, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant à prestations.

La transmission hors délais des pièces justificatives 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 justificatives comme point de départ du paiement des prestations.**

3.4.3. Revalorisation des prestations

1. Revalorisation des prestations en cas de décès

À compter de la date du décès de la personne ouvrant droit à prestations et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée aux conditions particulières du présent contrat est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

2. Définition de l'unité de référence

L'unité de référence pour les revalorisations est la valeur du point de retraite unifié AGIRC / ARRCO.

Toutefois, l'évolution de cette valeur devra au préalable être entérinée par le Conseil d'administration de l'organisme assureur qui pourra être amené à réduire ce taux d'évolution.

3. Revalorisation des rentes d'éducation

Les prestations périodiques en cours de service versées au titre de la garantie rente d'éducation sont revalorisées chaque 1^{er} juillet en fonction de l'évolution de l'unité de référence entre la date du décès de l'assuré et la date d'échéance trimestrielle de la prestation.

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

4. Revalorisation en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail en cours de contrat

En cas de décès d'un assuré en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité), le salaire de référence est revalorisé en fonction du taux technique (non-vie) en vigueur au 31 décembre de l'année précédant la date du décès.

Cette revalorisation du salaire de référence est limitée au décès de salariés, c'est-à-dire du personnel encore aux effectifs. Par ailleurs, cette revalorisation du salaire de référence n'est ouverte qu'aux assurés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité au 31 décembre de l'année précédant la date du décès.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, pour quelle que cause que ce soit, le service des prestations périodiques en cours se poursuit sur la base de la dernière valeur atteinte de la prestation, sans revalorisation ultérieure à la date de résiliation.

TITRE IV – MAINTIEN DES GARANTIES

4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties du présent contrat sont maintenues au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur.

Sont visées toutes les périodes de suspension du contrat de travail et notamment celles liées à une maladie, une maternité, une paternité ou un accident, dès lors qu'elles sont indemnisées.

Dans ce cas, les cotisations resteront dues pendant cette période dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés dont le contrat n'est pas suspendu : les assurés et le souscripteur devront obligatoirement continuer à acquitter leurs parts de cotisation.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties du présent contrat sont maintenues au profit des assurés en congé sans solde, en congé parental d'éducation, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, en congé individuel de formation, sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité sociale et qu'ils en fassent la demande auprès de l'organisme assureur dans le mois précédant leur départ en congé.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations sera établi sur la base des douze derniers mois de rémunération (éventuellement reconstitué) avant le début du congé ou de la suspension prolongée du contrat de travail en tenant compte des revalorisations salariales générales intervenues dans l'entreprise ou pour le secteur professionnel et la catégorie de l'intéressé(e).

La cotisation sera alors en totalité à la charge de l'assuré pendant toute la période dudit congé (part patronale et part salariale). Le souscripteur se charge du paiement de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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 prévues au présent contrat.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent 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, du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,
- ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le souscripteur.

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

Le maintien des garanties cesse à la date de :

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

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

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié..

TITRE V – EFFET DE LA RÉSILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS

La résiliation 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.

Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Évin ») :

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

Prestations en cours de service :

Les prestations 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.

5.1 CESSATION DES REVALORISATIONS EN CAS DE RÉSILIATION

Les prestations sont servies à leur niveau atteint à la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur. Les revalorisations cessent à cette date.

En conséquence, les prestations continuent à être versées après la résiliation sans tenir compte des évolutions ultérieures de l'unité de référence.

5.2 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 rentes 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.

TITRE VI – LES COTISATIONS

6.1. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS

6.1.1 Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur. Elle correspond au **salaires brut annuel de l'assuré tel qu'il est déclaré à l'administration fiscale** dans la limite des tranches de salaire 1 et 2 définies comme suit :

- Tranche 1 (ou « T1 ») : fraction au plus égale au salaire limité à un plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche 2 (ou « T2 ») : fraction de salaire supérieure à 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et limitée à 4 fois ce plafond.

Pour les assurés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité), cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires ou des pensions d'invalidités/rentes d'incapacité versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujéti aux charges sociales.

6.1.2 Taux de cotisations

Les taux de cotisations, en pourcentage de l'assiette des cotisations, sont indiqués aux conditions particulières.

6.2. MODALITÉS DE PAIEMENT

Les cotisations, 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 cas échéant, le souscripteur peut demander une périodicité de paiement mensuelle.

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

6.3. DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix 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 à l'affiliation et aux garanties selon les modalités prévues aux articles 2.3 « Cessation de l'affiliation » et 3.2.2 « Cessation des garanties ».

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 – RÉFÉRENCES LÉGALES

7.1. FAUSSE DÉCLARATION

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

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'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 à l'organisme assureur.

7.2. DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice de la garantie, celle-ci produisant ses effets 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par ceux-ci.

La prescription 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 décédé.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de 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 adresse au souscripteur pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou le bénéficiaire adresse à l'organisme assureur pour ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.4. 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-entreprises-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse Malakoff Humanis - Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse Malakoff Humanis - 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/>

7.5. JURIDICTION COMPÉTENTE

À 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.

7.6. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris 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 reconnaît que l'organisme assureur l'a informé, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe auquel elles appartiennent ; et ce y compris, en sa qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus que l'organisme assureur ou ses partenaires proposent au souscripteur ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris 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...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services du groupe dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'organisme assureur s'assure 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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

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

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose 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. En cas de prospection commerciale par voie postale : Sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du groupe Malakoff Humanis, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

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

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le 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.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'assuré dispose 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

7.7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

TITRE VIII – PIÈCES JUSTIFICATIVES

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	RENTE ÉDUCATION
Attestation du souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (Cf. article 3.4.1 « Base de calcul des prestations »)	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès	X
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X
Déclaration de décès fourni par l'organisme assureur dûment complétée	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date du décès (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, etc.)	X
En cas d'exonération ou de taux réduit de CSG : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année	X
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité datée et signée (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X
RIB des bénéficiaires	X

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

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



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