

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
COMMERCES DE GROS**

Prévoyance

Contrat collectif obligatoire

**CONDITIONS GÉNÉRALES N° 3433
1^{er} janvier 2017**

Décès – Rente d'éducation
Rente de conjoint
Incapacité temporaire de travail – Invalidité

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - MODALITÉS D'ADHÉSION	3
ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES	3
ARTICLE 3 - PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	3
ARTICLE 4 - MODALITÉS ET CONSÉQUENCES DE L'AFFILIATION DES ASSURÉS	4
ARTICLE 5 - GARANTIES	5
ARTICLE 6 - CONTRÔLE MÉDICAL	9
ARTICLE 7 - SALAIRE DE RÉFÉRENCE	9
ARTICLE 8 - CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	10
ARTICLE 9 - TERME DES GARANTIES	10
ARTICLE 10 - PORTABILITÉ DES DROITS	10
ARTICLE 11 - VERSEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 12 - REVALORISATION	11
ARTICLE 13 - PRESCRIPTION	11
ARTICLE 14 - SUBROGATION	12
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE	12
ARTICLE 16 - COTISATIONS	13
ARTICLE 17 - DURÉE/RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	13
ARTICLE 18 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	13
ARTICLE 19 - MODIFICATION DES GARANTIES – CHOIX DE L'OPTION	13
ARTICLE 20 - INFORMATION DES ENTREPRISES ET DES ASSURÉS	14
ARTICLE 21 - RÉCLAMATIONS	14
ARTICLE 22 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	14

ARTICLE 1 - MODALITÉS D'ADHÉSION

1.1 - Objet

Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, propose à l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros, qui en fait la demande, de souscrire au présent contrat, au profit du personnel visé à l'article 2 ci-dessous.

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire. Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles les garanties de prévoyance sont accordées aux salariés.

Malakoff Médéric Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout 75009 Paris.

1.2 - Adhésion

L'entreprise qui demande à souscrire le présent contrat doit remplir un bulletin d'adhésion, ainsi que le cas échéant, une annexe déclarative des risques en cours concernant les nom, prénom, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile :

- des salariés inscrits aux effectifs ;
- des salariés et anciens salariés en arrêt de travail en précisant leur date d'arrêt de travail ;
- des bénéficiaires d'une rente d'éducation ou d'une rente de conjoint ;
- des anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui demeurent bénéficiaires d'un maintien de garantie au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008.

Il conviendra de fournir le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur ainsi que les conditions de leur attribution et de leur versement et les éléments servant de base à leur calcul.

L'entreprise s'engage à affilier tous ses salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel assurées et à adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés par les assurés, dans les quinze jours suivant leur entrée dans le groupe assuré.

Le contrat se compose de deux parties indissociables :

- les **Conditions générales** définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties proposées ;
- les **Conditions particulières** précisant notamment la date d'effet de l'adhésion, la catégorie de personnel assurée, les garanties souscrites, les taux de cotisation.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Sont bénéficiaires les salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée :

- à compter de la date d'effet de l'adhésion de leur employeur au présent contrat pour les salariés inscrits au registre du personnel à cette date,
- à compter de la prise d'effet de leur contrat de travail pour les salariés embauchés ultérieurement.

L'affiliation des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée présente un caractère obligatoire. Lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la mise en place du régime de prévoyance par décision unilatérale de l'employeur, celui-ci peut prendre acte du refus d'affiliation d'un salarié présent à l'effectif à la date d'effet du contrat.

Pour la mise en œuvre des dispositions qui suivent, le salarié remplissant les conditions ci-dessus requises pour bénéficier des garanties est dénommé « l'assuré ».

ARTICLE 3 - PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Malakoff Médéric Prévoyance prendra en charge les sinistres en cours à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat dans les conditions précisées ci-dessous.

Dans tous les cas, Malakoff Médéric Prévoyance procédera à l'analyse du risque propre à l'entreprise et majorera si nécessaire le montant des cotisations dues.

3.1 Salariés en arrêt de travail non garantis par un contrat de prévoyance antérieur

Les salariés en arrêt de travail pour maladie, accident, ou en état d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle, non couverts pour ces risques dans le cadre d'un contrat collectif antérieur à la date d'adhésion de leur entreprise au présent contrat, bénéficieront immédiatement des prestations prévues par ce dernier s'ils ont été déclarés lors de l'appréciation du risque à la souscription. Ces dispositions sont indiquées aux conditions particulières, ainsi que leurs modalités de financement.

3.2 Salariés bénéficiaires de prestations périodiques (indemnités journalières ou rentes) dans le cadre d'un contrat collectif

Les salariés en état d'incapacité ou d'invalidité à la date d'adhésion de leur entreprise au présent contrat bénéficient des garanties décès :

- pour la garantie Capital décès, sous déduction des prestations de même nature dues au titre d'un précédent contrat souscrit par leur entreprise, en application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,
- pour la garantie Rente d'éducation et la garantie Rente de conjoint sous déduction des prestations de même nature dues au titre d'un précédent contrat souscrit par leur entreprise, en application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Si le maintien des garanties décès au titre de ce contrat antérieur, n'est pas couvert intégralement par des provisions techniques, l'entreprise peut demander au titre de son adhésion au présent contrat, le maintien intégral des garanties décès, sous réserve du transfert du montant des provisions partiellement constituées par le précédent organisme assureur.

Les salariés en état d'incapacité ou d'invalidité à la date d'adhésion de leur entreprise au présent contrat et précédemment garantis par un autre organisme assureur, bénéficient des garanties incapacité temporaire - invalidité à partir de leur reprise d'activité (sauf rechute de l'arrêt de travail précédent).

L'invalidité constitue une prestation différée de l'état d'incapacité temporaire de travail et demeure, de ce fait, à la charge de l'assureur précédent. En conséquence, sauf dérogation expresse, les assurés en incapacité temporaire sont couverts, en cas de survenance postérieure de l'invalidité, par l'assureur précédent.

3.3 Anciens salariés bénéficiaires bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale

Les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (maintien dénommé « portabilité ») à la date d'effet du contrat et couverts précédemment par un autre organisme assureur, peuvent bénéficier des garanties du présent contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 10, sauf dans le cas où l'assureur précédent assure le maintien jusqu'à expiration des droits à portabilité.

ARTICLE 4 - MODALITÉS ET CONSÉQUENCES DE L'AFFILIATION DES ASSURÉS

Pour bénéficier des garanties, les salariés et anciens salariés doivent accomplir les formalités suivantes :

- compléter et signer un « Bulletin individuel d'affiliation » précisant le nom, prénoms, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que la catégorie professionnelle ;
- sauf dispense de Malakoff Médéric Prévoyance, compléter et signer une « déclaration de santé » ; à défaut de pouvoir signer cette déclaration, les salariés s'engagent à répondre complètement à un questionnaire médical, et à se rendre s'il y a lieu, à une visite médicale auprès d'un médecin que Malakoff Médéric Prévoyance aura désigné.

L'assuré retourne à l'employeur le bulletin individuel d'affiliation que l'entreprise s'engage à faire parvenir à Malakoff Médéric Prévoyance. Le questionnaire médical rempli par l'assuré est adressé dans les 15 jours suivant son entrée dans le groupe assuré, sous pli confidentiel au médecin conseil de Malakoff Médéric Prévoyance.

S'il le souhaite, le salarié peut demander toute information au médecin conseil. Ce dernier lui adressera une réponse, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin choisi par le salarié.

Les anciens salariés couverts par un autre organisme assureur avant la date d'effet du contrat, et ayant toujours des droits au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, sont soumis à ces mêmes modalités d'affiliation.

L'appréciation du risque peut amener Malakoff Médéric Prévoyance à :

- donner son accord sur les conditions de souscription,
- proposer de nouveaux taux de cotisations,
- ou refuser l'adhésion de l'ensemble de la catégorie de personnel assurée.

Lorsque l'appréciation du risque, initialement effectuée lors de la souscription, est modifiée par l'intégration d'un nouveau salarié, Malakoff Médéric Prévoyance peut être amenée à proposer :

- soit un aménagement des garanties ou des cotisations en adressant, par lettre recommandée avec avis de réception, un avenant informant l'entreprise des nouvelles modalités. À défaut d'acceptation expresse de celles-ci dans un délai de trente jours, Malakoff Médéric Prévoyance pourra résilier le contrat à l'expiration d'une période de deux mois suivant le terme du délai de trente jours précité,
- soit résilier le présent contrat deux mois après l'envoi d'une lettre recommandée informant l'entreprise de cette décision.

ARTICLE 5 - GARANTIES

5.1 - Capital Décès toutes causes

Le présent article présente les différentes garanties proposées à l'entreprise lors de la souscription. Les garanties dont bénéficient effectivement les salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée, sont celles qui figurent aux Conditions particulières.

Objet

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est précisé aux Conditions particulières.

Dévolution du capital décès

Si la garantie souscrite prévoit une majoration de capital pour enfants à charge, celle-ci est obligatoirement versée aux enfants (ou à leur représentant légal le cas échéant) en considération desquels elles sont attribuées, par parts égales entre eux.

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital (hors majoration pour enfants à charge le cas échéant), sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de Malakoff Médéric Prévoyance.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à Malakoff Médéric Prévoyance ou lorsque cette désignation est caduque [prédéces de tous les bénéficiaires], le capital est versé comme suit :

- en premier lieu au conjoint survivant de l'assuré non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut au concubin notoire et permanent (ce dernier doit toujours avoir cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut de ceux-ci, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - aux enfants de l'assuré, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, à ses petits enfants,
 - à défaut de descendants directs, aux parents survivants et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

Pour l'application des dispositions prévues dans le présent contrat, on entend par concubin la personne vivant en couple avec l'assuré au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Lorsque la garantie prévoit une majoration pour enfants à charge, la part de capital correspondant à cette majoration est attribuée par part égales à ceux-ci ou à leur représentant légal.

À tout moment, et notamment en cas de modification de la situation personnelle de l'assuré, ce dernier peut effectuer une désignation différente. Cette désignation doit être notifiée à Malakoff Médéric Prévoyance.

La désignation particulière de bénéficiaire peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » délivré à cet effet par l'Institution, ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut comporter l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut prendre la forme d'un écrit signé de l'assuré, du bénéficiaire et de l'Institution ; elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire. **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.**

Dans tous les cas, la désignation particulière d'un ou plusieurs bénéficiaires n'a d'effet auprès de l'Institution que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Si l'assuré souhaite effectuer une désignation particulière, il lui appartient donc d'en informer l'Institution en temps utile.

L'Institution procède au versement des prestations au profit des bénéficiaires en fonction des informations portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier ; ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire lui serait notifiée ultérieurement.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

Invalidité Absolue et Définitive

Lorsque l'assuré est en état d'Invalidité Absolue et Définitive, le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, sur sa demande.

Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré.

Le versement intervient sous réserve que l'assuré en fasse la demande dans le délai de 2 ans suivant la reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive.

Est considéré en état d'Invalidité Absolue et Définitive l'assuré reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie au sens de l'article L. 341.4 du Code de la sécurité sociale : « Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale avec attribution d'une majoration pour l'assistance d'une tierce personne, est assimilée à l'Invalidité Absolue et Définitive pour la mise en œuvre de la présente garantie.

Double Effet

Si la garantie souscrite le prévoit, le décès du conjoint ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du Code civil ou de son concubin tel que défini à l'art 5.1 ci-dessus, survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal au **Capital Décès toutes causes** garanti sur la tête de l'assuré à son décès.

Ce capital est versé par parts égales aux enfants restés à charge du conjoint, du partenaire de PACS, ou du concubin qui étaient initialement à charge de l'assuré au jour de son décès, directement à ceux-ci s'ils sont majeurs, à leurs représentants légaux ès qualité durant leur minorité.

Le capital prévu est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au présent contrat au jour du sinistre.

Enfants à charge

Sont considérés comme « enfants à charge » pour l'application des présentes dispositions, les enfants de l'assuré et de son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou de son concubin tel que défini à l'art 5.1 ci-dessus, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - qu'ils poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un Établissement ou Structure d'Aide par le Travail en tant que travailleur handicapé,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles concernant la carte d'invalidité, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 26^e anniversaire, justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé.

5.2 - Capital Décès supplémentaire en cas de décès accidentel ou d'invalidité absolue et définitive accidentelle

Si la garantie souscrite le prévoit, un capital supplémentaire peut être versé lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est due à un accident.

Le décès et l'invalidité absolue et définitive sont d'origine accidentelle s'ils sont intervenus dans les douze mois qui suivent cet accident.

Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle l'assuré est reconnu en invalidité absolue et définitive, si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'assuré provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

5.3 - Garantie frais d'obsèques

Le contrat peut prévoir le versement d'un capital pour frais d'obsèques, en cas de décès :

- de l'assuré : le capital est versé au conjoint, ou au partenaire pacsé ou au concubin,
- du conjoint, ou du partenaire pacsé ou du concubin : le capital est versé à l'assuré,
- des enfants à charge de l'assuré : le capital est versé à l'assuré,

Le montant de ce capital est précisé aux conditions particulières.

Le capital prévu est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au présent contrat au jour du sinistre.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

La définition des membres de la famille est prévue à l'article 5.1. A défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, le capital est versé à la personne ayant supporté les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

5.4 - Rente d'éducation

Objet

La garantie a pour objet, en cas de décès toutes causes, le versement d'une rente au bénéfice des enfants à charge tels que définis à la garantie Capital décès (article 5.1/double effet), jusqu'au 18^e anniversaire sans autre condition, et jusqu'au 26^e anniversaire sous conditions.

Les enfants handicapés à charge sont bénéficiaires de la rente sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès de l'assuré. La rente leur est versée viagèrement tant que les Conditions requises sont remplies.

Le montant de la rente est fixé aux Conditions particulières.

La rente est doublée lorsque l'enfant est ou devient orphelin des deux parents, **pour autant que la garantie ne soit pas résiliée.**

Modalités de versement et durée de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré.

La date d'effet ci-dessus s'entend sous réserve que la demande ait été présentée dans un délai de douze mois suivant le décès. À défaut, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

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

Lorsque l'enfant bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'Institution.

Malakoff Médéric Prévoyance demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente est versée jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

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

5.5 - Rente de conjoint

Objet

La garantie a pour objet, en cas de décès toutes causes, le versement d'une rente viagère au bénéfice du conjoint, ou concubin, ou du partenaire pacsé survivant (tels que définis à la garantie Capital décès - article 5.1) en cas de décès de l'assuré.

La rente viagère est versée tant que le conjoint, concubin ou partenaire pacsé est en vie. Le montant de la rente viagère est égal à un pourcentage de la base de calcul des prestations et précisé aux Conditions particulières.

Modalités de versement et durée de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré.

La date d'effet ci-dessus s'entend sous réserve que la demande ait été présentée dans un délai de douze mois suivant le décès. À défaut, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

La rente est payable par trimestre civil, à terme d'avance ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Elle cesse d'être due à la fin du trimestre au cours duquel le décès du bénéficiaire est survenu.

5.6 - Incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'ordre professionnel ou non, pris en charge par la Sécurité sociale, Malakoff Médéric Prévoyance verse des indemnités journalières en complément de celles de la Sécurité sociale. Le montant de la prestation est fixé aux Conditions particulières.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation au titre du présent contrat, prestation brute de la Sécurité sociale, éventuel salaire, pension de retraite en cas de cumul emploi retraite ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité (ou le montant des allocations chômage pour les bénéficiaires du dispositif de portabilité, tel qu'exposé à l'article 10).

Les prestations sont servies à l'issue de l'indemnisation de l'employeur résultant des obligations de maintien de salaire telles que définies dans la Convention collective nationale du Commerce de gros (art 53 des Dispositions générales et art 6 de l'Avenant catégoriel applicable aux Cadres).

Concernant les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire ainsi que pour les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité exposé à l'article 10, les indemnités journalières seront versées à l'issue d'une **franchise fixe et continue de 60 jours**.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail,
- à la date de cessation des prestations de la Sécurité sociale,
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf hypothèse de cumul emploi-retraite),
- au décès de l'assuré.

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale :

- à l'entreprise pour le compte de l'assuré tant que son contrat de travail est en vigueur,
- directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail.

Pour les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur et **relevant de la franchise fixe** et continue, après un premier arrêt de travail indemnisé, tout nouvel arrêt de travail pendant la durée de l'affiliation de l'assuré au présent contrat, donnant lieu à paiement d'indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute. Aucune franchise, en dehors de celle pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

Dans tous les cas, la garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue pour le calcul des prestations.

5.7 - Invalidité/Incapacité permanente professionnelle

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité telle que définie à l'article L. 341.4 du Code de la sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % en application de l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale, Malakoff Médéric Prévoyance verse une rente complétant celle versée par la Sécurité sociale.

Le montant annuel de la prestation est fixé aux Conditions particulières.

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 de 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale.

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

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation au titre du présent contrat, prestation brute de la Sécurité sociale, éventuel salaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité (ou le montant des allocations chômage pour les bénéficiaires du dispositif de portabilité, tel qu'exposé à l'article 10).

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul de la prestation d'une part, et du total défini ci-dessus, d'autre part.

Pour ouvrir droit à garantie, l'arrêt de travail initial de l'assuré doit intervenir postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat (sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article 3 s'agissant de la prise en charge des sinistres en cours).

La garantie cesse dans tous les cas à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail,
- le jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes d'incapacité permanente,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré et en tout état de cause à la date à laquelle il aurait pu y prétendre à taux plein,
- au décès de l'assuré.

La rente d'invalidité est versée à l'assuré par mois civil à terme échu et, en cas de décès, avec paiement prorata temporis au conjoint survivant de l'assuré ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal ; sans arrérage au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge.

ARTICLE 6 - CONTRÔLE MÉDICAL

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, Malakoff Médéric Prévoyance peut procéder à un contrôle médical, réclamer toutes pièces qu'elle estime nécessaires pour contrôler l'état de santé de l'assuré, et éventuellement suspendre le versement des prestations ou en réviser les conditions.

L'assuré qui conteste la décision relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution.

En cas de désaccord entre l'assuré et son médecin d'une part, le médecin de l'Institution d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente.

L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d'un assuré de répondre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

ARTICLE 7 - SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies.

Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises à cotisations de sécurité sociale, conformément à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, hors avantages en nature, au cours des douze derniers mois civils précédant celui au cours duquel est intervenu l'événement entraînant la mise en œuvre des garanties.

La période prise en compte est celle précédant :

- la date du décès ou l'arrêt de travail initial lorsque une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (s'agissant du capital servi au titre de la garantie décès),
- l'arrêt de travail initial (s'agissant des prestations servies au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité/Incapacité permanente professionnelle)

En cas d'activité incomplète au cours de la période de référence (maladie, embauche en cours d'année, etc.) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Lorsque le salaire pris en considération n'est pas celui précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité ou du décès, ce salaire est actualisé selon les dispositions de l'article 12 du présent contrat « Revalorisation ».

Le salaire brut de référence est pris en compte dans la limite des Tranches suivantes, et selon les dispositions prévues aux Conditions particulières :

- Tranche A (TA) : partie du salaire brut de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B (TB) : partie du salaire brut de référence comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche C (TC) : partie du salaire brut comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

La prestation Frais d'obsèques est déterminée en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès (PMSS).

ARTICLE 8 - CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations, à l'assuré :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties est assuré à l'intéressé pendant la durée de l'adhésion de l'entreprise :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu (indépendamment de toute application éventuelle d'un dispositif de portabilité pris notamment en application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale),
- en cas de rupture du contrat de travail, tant que l'assuré perçoit des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail), sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

ARTICLE 9 - TERME DES GARANTIES

La garantie se poursuit pour chaque assuré pendant toute l'adhésion de son entreprise au contrat et cesse à la date de rupture de son contrat de travail, sauf mise en œuvre de la portabilité des droits prévue à l'article 10 ci-après et établie en application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 10 - PORTABILITÉ DES DROITS

Le présent contrat organise le maintien des garanties en application des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Bénéficiaires du maintien des garanties

Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties :

- lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du présent contrat ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Durée/Limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente selon les formalités définies ci-dessous, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du bénéficiaire et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque l'assuré reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès de l'assuré ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du présent contrat.

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

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou l'assuré doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent article dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

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

- la reprise d'un autre emploi,
- la cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (quel qu'en soit le motif),
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties

Les assurés définis ci-dessus bénéficient des garanties du présent contrat souscrit par l'entreprise, en vigueur lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini à l'article 5 ci-dessus, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de cessation du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la cessation du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Cotisations

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat d'assurance.

ARTICLE 11 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par Malakoff Médéric Prévoyance sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'entreprise, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis mentionnés dans le tableau joint.

ARTICLE 12 - REVALORISATION

Le taux de revalorisation des prestations est fixé par le Conseil d'administration de Malakoff Médéric Prévoyance en fonction des résultats de l'institution. La première revalorisation prend effet au 1^{er} juillet qui suit le point de départ des prestations.

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

ARTICLE 13 - PRESCRIPTION

Toutes actions et demandes de prestations ne sont pas recevables, sauf cas de force majeure, au-delà d'un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à 10 ans pour les garanties en cas de décès lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

La prescription est de 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Ces dispositions sont appliquées dans les conditions prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par les dispositions en vigueur (article L. 932-13 du Code de la sécurité sociale et articles L. 114-1 et suivants du Code des assurances).

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 ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 14 - SUBROGATION

En cas de paiement de prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, Malakoff Médéric Prévoyance est subrogé à l'assuré victime qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées par l'organisme.

ARTICLE 15 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE

Exclusions concernant l'ensemble des garanties

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

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

Exclusions concernant le capital décès accidentel

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue définitive ne sont pas dues si le décès résulte de l'une des causes suivantes :

- état d'ivresse 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 ;
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ;
- pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre ;
- 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 ;
- pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- pratiques de sports à titre professionnel ;
- activités professionnelles sous la mer ;
- rixes, sauf en cas de légitime défense ;
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, rente d'éducation, rente de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au contrat, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

ARTICLE 16 - COTISATIONS

Assiette et taux

Les taux de cotisation du présent contrat sont fixés ci-après en pourcentage du salaire brut (soumis à cotisations de Sécurité sociale, conformément à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, hors avantages en nature), sur la base des assiettes suivantes, et selon les dispositions prévues aux Conditions particulières :

- Tranche A (TA) : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B (TB) : partie du salaire brut comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche C (TC) : partie du salaire brut comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les modalités de prise en charge des risques en cours et les cas dans lesquels une compensation financière spécifique peut être demandée à l'entreprise sont précisées à l'article 3 des présentes Conditions générales.

Païement

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suit l'échéance de l'appel de cotisation, l'entreprise défaillante est mise en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement ; la garantie pouvant être suspendue dans les 30 jours suivant la mise en demeure de l'entreprise. Malakoff Médéric Prévoyance peut dénoncer l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours.

ARTICLE 17 - DURÉE/RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Le présent contrat est souscrit pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours de sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite tacitement chaque année au 1^{er} janvier, pour une année civile.

ARTICLE 18 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée adressée à l'autre partie avant le 1^{er} novembre de l'année en cours.

Les modalités de résiliation pour non paiement des cotisations sont précisées à l'article 16.

Effet sur les garanties

En cas de résiliation du présent contrat, le droit à garantie cesse (y compris le maintien des garanties organisé dans le cadre du dispositif de portabilité en application de l'article 10 et du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en application de l'article 8).

Toutefois les garanties décès (Capital décès, Rente d'éducation, Rente de conjoint) sont maintenues durant la période pendant laquelle l'assuré est en état d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle, conformément aux dispositions prévues à l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31.12.1989.

Effet sur les prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires et les rentes d'éducation et rentes de conjoint en cours de versement, continueront d'être servies jusqu'à leur terme, à leur niveau atteint à la date de la résiliation.

Pour le maintien des garanties décès visé au paragraphe précédent, la base de calcul est figée à la date de la résiliation.

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il appartiendra à l'entreprise d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service et de la base de calcul de leur garantie décès à un niveau au moins aussi favorable que celles qui auraient résulté du contrat résilié.

ARTICLE 19 - MODIFICATION DES GARANTIES – CHOIX DE L'OPTION

Modification des garanties

En cas de modification de la garantie Incapacité-invalidité, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs de l'entreprise ou affiliés au contrat au titre du maintien de garanties prévu à l'article 10, restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre du maintien de garanties prévu à l'article 10, alors ils sont couverts selon ces nouvelles modalités,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties visée à l'article 10.

Choix de l'option

Le contrat souscrit par l'entreprise peut prévoir un régime à options pour permettre à l'assuré d'avoir le choix entre plusieurs options pour le versement des prestations : capital décès seul ou capital décès et rente d'éducation. Les garanties sont précisées aux Conditions particulières.

L'assuré exprime son choix lors de son affiliation par l'intermédiaire d'un bulletin d'option fourni par Malakoff Médéric Prévoyance. L'assuré peut modifier son choix :

- tous les trois ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier, la demande de modification devant nous parvenir avant le 31 décembre qui précède,
- ou à tout moment en cas de modification de situation familiale notifiée dans les trois mois qui suivent l'événement. Dans ce cas, la modification prend effet au lendemain du jour de l'événement.

À défaut de choix exprimé par l'assuré, Malakoff Médéric Prévoyance retiendra obligatoirement l'option capital décès seul.

ARTICLE 20 - INFORMATION DES ENTREPRISES ET DES ASSURÉS

Conformément aux dispositions légales en vigueur, Malakoff Médéric Prévoyance rédigera une notice d'information à destination des salariés de l'entreprise souscrivant le présent contrat.

Conformément à l'article L. 932.6 du Code de la sécurité sociale, il appartient à l'entreprise adhérente de remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information et de se ménager la preuve de cette remise.

ARTICLE 21 - RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, l'entreprise et les bénéficiaires doivent en priorité contacter l'Institution :

- pour l'entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt cedex,
- pour les salariés : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.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 avec l'Institution, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS ou par voie électronique à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/mediation/>.

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Institution, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

ARTICLE 22 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à 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'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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 des autres contrats souscrits auprès l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric; et ce y compris, en qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé, prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance);
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré,
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré;

- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,
- 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'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.

L'Adhérent reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel de l'assuré (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 de ce contrat.

Le traitement des données de santé de l'assuré est soumis à son consentement exprès et préalable.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter ces informations à d'autres fins que celles précitées.

Les destinataires des données de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures, et le souscripteur du contrat.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux durées prévues dans le Pack Assurance. En tout état de cause, les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

3. Sauf opposition écrite, les informations de l'assuré peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du Groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires, dont la liste peut être transmise sur simple demande, à des fins de prospection commerciale.

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

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail	Invalidité/ Incapacité permanente professionnelle	Garantie Décès
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	✗		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	✗		
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant au 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail initial (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)	✗	✗	
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée	✗	✗	
Demande de rente, signée de l'entreprise		✗	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail/ maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		✗	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise			✗
Acte de décès			✗
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			✗
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			✗
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			✗
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux 2 noms, quittance d'électricité, téléphone...)			✗
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance (attestation de moins de 3 mois)			✗
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS			✗
S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de PACS et enfants) ou un héritier			✗
En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge			✗
S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant			✗
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3^e catégorie pour ouvrir droit à l'invalidité absolue et définitive			✗
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			✗
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant au 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsque une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)			✗
Relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations		✗	✗

Pièces complémentaires à fournir dans le cadre d'une demande de prestation au titre du dispositif de portabilité

Déclaration de l'entreprise de l'assuré bénéficiaire dans le délai d'1 mois suivant la date de fin ou de rupture du contrat de travail (transmission du bulletin individuel d'affiliation de l'assuré, signé par l'entreprise et l'intéressé)	×	×	×
Justificatif de l'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage de l'assuré (à défaut dans un 1^{er} temps, justificatif de l'inscription au régime obligatoire d'assurance chômage)	×	×	×
Justificatif de versement de l'allocation d'assurance chômage	×	×	×
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée	×		×
Décompte des allocations versées par le régime obligatoire d'assurance chômage	×		

Malakoff Médéric Prévoyance se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations lors de l'instruction du dossier ou en cours de règlement



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