

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE GROS
DU 23 JUIN 1970**

Prévoyance

Régime de prévoyance surcomplémentaire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 3364/4

Complément au contrat national de référence

« Personnel non cadre »

INTRODUCTION

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale du Commerce de gros (BOCC n° 3044).

Afin de vous conformer aux obligations de l'Accord de branche du 18 janvier 2010 ayant instauré un régime de prévoyance au plan national (modifié en dernier lieu par avenant n° 3 du 27 octobre 2016), bénéficiant à l'ensemble du personnel non-cadre relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée, vous avez adhéré au contrat national de référence auprès de l'une des institutions de prévoyance recommandées :

AG2R Prévoyance 14 -16, boulevard Malesherbes - 75008 Paris.

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE 21 rue Laffitte - 75009 Paris

L'Accord de branche Prévoyance a également prévu la possibilité pour chaque entreprise adhérente audit contrat national de référence, de compléter la couverture de ses salariés, en souscrivant auprès de la même institution des garanties complémentaires, à choisir entre deux options, afin :

- d'améliorer le niveau des garanties Capital décès et Incapacité temporaire de travail – invalidité/incapacité permanente professionnelle ;
- d'ajouter une garantie Rente d'éducation.

Les deux institutions précitées sont habilitées à gérer la Rente d'éducation, qui est assurée par

I'OCIRP

Organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance

17 rue de Marignan – 75008 Paris

AG2R Prévoyance, MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE et I'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

COMPLÉMENT AU CONTRAT NATIONAL

ARTICLE 1 - MODALITÉS D'ADHÉSION

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance, institutions de prévoyance régies par le livre IX du Code de la sécurité sociale, ainsi que l'OCIRP, Union d'Institutions régie par ce même code, proposent aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros, qui en font la demande, de souscrire le présent contrat, au profit du personnel visé à l'article 2 ci-dessous.

Ce contrat ne peut être souscrit par l'entreprise qu'en complément de l'adhésion au Contrat national de référence, et ce obligatoirement auprès de la même institution ayant recueilli son adhésion audit contrat national de référence.

Cette institution est dès lors l'assureur des garanties Capital décès et Incapacité temporaire de travail – invalidité/incapacité permanente professionnelle, prévues au présent contrat et, en sa qualité de membre de l'OCIRP, gestionnaire de la garantie Rente d'éducation assurée par cette Union.

Elle est dénommée ci-après « l'organisme assureur ».

L'entreprise qui demande à souscrire le présent contrat doit remplir un bulletin d'adhésion ou un certificat d'adhésion, ainsi que le cas échéant, déclarer les risques en cours concernant :

- les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du travail/maladie professionnelle,
- les ayants droit d'anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'éducation,
- pour chacune des situations susvisées, le montant et l'expression des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur, les conditions de leur attribution et de leur versement ainsi que les éléments servant de base à leur calcul.

L'engagement de l'organisme assureur résulte du bulletin d'adhésion revêtu de sa signature ou d'un certificat d'adhésion adressé à l'entreprise, document sur lequel sont mentionnés, notamment (selon les modalités contractuelles en vigueur auprès de l'organisme assureur choisi) :

- l'option choisie par l'entreprise ou le rappel des garanties de l'option et taux de cotisations correspondants,
- la date d'effet du contrat souscrit.

Le présent contrat ouvre droit à garantie, sous réserve des dispositions de l'article 2 ci-dessous, à sa date d'effet

Les conditions de garantie de chaque option sont précisées aux présentes Conditions générales. Le contrat d'assurance est formé des présentes Conditions générales et du bulletin d'adhésion ou du certificat d'adhésion, annexes et avenants éventuels.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Est bénéficiaire, l'ensemble des salariés « non-cadres »* de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros :

- à compter de la date d'effet du présent contrat souscrit par leur employeur, 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. Est considérée comme salarié, la personne titulaire d'un contrat de travail (en vigueur ou suspendu notamment pour cause de maladie ou d'accident) dans l'entreprise, quelle qu'en soit la nature.

L'affiliation des salariés visés ci-dessus présente un caractère obligatoire.

L'entreprise s'engage à respecter les modalités d'affiliation mises en place par l'organisme assureur, afin de déclarer pour chaque salarié notamment les nom, prénom, date et lieu de naissance, situation de famille, domicile. 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 ».

* Par « non-cadre », on entend le personnel ouvrier, employé, technicien et agent de maîtrise, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas de l'article 4 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

ARTICLE 3 - PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

L'organisme assureur prendra en charge les sinistres en cours à la prise d'effet du présent contrat dans les conditions précisées aux articles 3.1 et 3.2.

3.1 - Adhésion dans les délais

Lorsque le contrat national de référence est souscrit dans les délais prévus à l'article 1.4 ou 2.2.1 de l'Accord de branche Prévoyance, et que le présent contrat est souscrit conjointement, les dispositions suivantes s'appliquent.

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'effet du présent contrat, bénéficieront immédiatement des prestations prévues par ce dernier.

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

Les salariés ou anciens salariés percevant des prestations d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat précédent, souscrit par leur entreprise, bénéficient du maintien de la revalorisation de leurs prestations et de la base de calcul de leurs garanties décès, sous déduction des prestations principales et des revalorisations garanties par l'(es) organisme(s) assureur(s) antérieur(s), et ce au titre du contrat national de référence.

Maintien de la garantie décès

Les salariés en état d'incapacité ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle à la date d'effet du présent contrat bénéficient des garanties décès prévues aux articles 4.1 et 4.2 ci-après :

- pour la garantie Capital décès, le cas échéant, dans la limite du niveau de garantie maximal auquel peut prétendre l'assuré, selon comparaison des dispositions de l'ancien contrat collectif éventuel et des nouveaux contrats, c'est-à-dire :
 - d'une part le niveau de garantie du contrat résilié (maintien de la garantie décès en application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989),
 - d'autre part le niveau de garantie obtenu par cumul du contrat national de référence et du présent contrat complémentaire optionnel,
- pour la garantie Rente d'éducation (garantie non prévue au contrat national de référence), sous déduction des prestations de même nature dues éventuellement au titre d'un précédent contrat souscrit par leur entreprise (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 du présent contrat, le maintien intégral des garanties décès, sous réserve du transfert du montant des provisions partiellement constituées par le précédent organisme assureur.

3.2 - Adhésion hors délais

Lorsque le contrat national de référence est souscrit au-delà des délais prévus à l'article 1.4 ou 2.2.1 de l'Accord de branche Prévoyance et que le présent contrat est souscrit conjointement, ou lorsque le présent contrat est souscrit postérieurement, l'organisme assureur procédera à l'analyse du risque propre à l'entreprise et majorera si nécessaire le montant des cotisations dues, afin que les risques en cours soient pris en charge dans les conditions susvisées.

ARTICLE 4 - GARANTIES DU RÉGIME

4.1 – Capital Décès

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 égal à 40 % du salaire de référence défini à l'article 6 des présentes conditions générales, quelle que soit l'option 1 ou 2 choisie par l'entreprise.

Dévolution du capital décès

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital, sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur. À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à l'organisme assureur 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 tel que défini à l'article 515.1 du Code civil, à défaut au concubin notoire et permanent (ces derniers doivent toujours avoir cette qualité au jour du décès), l'organisme 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.

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 l'organisme assureur.

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.

Invalidité Absolue et Définitive

Lorsque l'assuré est en état d'Invalidité Absolue et Définitive, le capital prévu ci-dessus 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

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 (non remarié ou uni par un nouveau lien de PACS) ou de son concubin tel que défini à l'art 4.1 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 garanti sur la tête de l'assuré à son décès.

Ce capital est versé par parts égales aux enfants 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 qualités durant leur minorité.

Le capital est versé sous réserve que le présent contrat souscrit par l'entreprise soit toujours en vigueur au jour du sinistre.

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 4.1 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 ou la carte mobilité inclusion, 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.

4.2 – Rente d'éducation

La garantie Rente d'éducation est assurée par l'OCIRP, qui est seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des participants, des bénéficiaires et des ayants droit.

Objet

La garantie a pour objet, en cas de décès toutes causes, le versement d'une rente d'un montant annuel au bénéfice de chacun des enfants à charge de manière temporaire tels que définis à la garantie Capital décès (article 4.1/double effet), jusqu'au 18^e anniversaire sans autre condition, et jusqu'au 26^e anniversaire sous conditions.

Les enfants à charge infirmes tels que définis à la garantie Capital décès (article 4.1/double effet) sont bénéficiaires de la rente sous réserve d'être âgé 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 annuel de la rente, exprimé en pourcentage du salaire de référence défini à l'article 6 des présentes Conditions générales, est fixé à :

- au titre de l'**option 1** : 5 % du salaire de référence,
- au titre de l'**option 2** : 6,50 % du salaire de référence.

Invalidité Absolue et Définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive telle que définie à la garantie Capital décès (article 4.1) et dans le délai de deux années indiqué à ce même article, l'assuré peut demander le versement anticipé des rentes d'éducation.

Ce versement anticipé met fin à la garantie rente d'éducation au titre du décès de l'assuré.

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, ou le cas échéant au cours duquel a été effectuée la demande de versement anticipé au titre de l'Invalidité Absolue Définitive.

En cas de décès, 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.

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

En cas d'invalidité absolue définitive, la rente est versée à l'assuré.

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'organisme assureur. L'organisme assureur 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.

4.3 - 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 ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale), l'organisme assureur verse des indemnités journalières en complément de celles versées par le contrat national de référence.

Lorsque le contrat national de référence verse une prestation, l'assuré bénéficie du versement d'une indemnité journalière venant en complément, dont le montant, est égal à :

- au titre de l'**option 1** : 5 % de la 365^e partie du salaire de référence,
- au titre de l'**option 2** : 20 % de la 365^e partie du salaire de référence.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire notamment au titre du contrat national de référence, pension de retraite ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

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 des Avenants catégoriels applicables aux Techniciens et Agents de Maîtrise).

Concernant les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire, 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 ou au 1 095 e jour d'arrêt de travail pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces de cet organisme ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- au décès de l'assuré,

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale ou selon les modalités fixées à l'article 5 (exclusivement dans ce dernier cas s'agissant de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de 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 après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur à la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

L'entreprise ou l'assuré est dispensé de la fourniture des décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

En cours de versement des prestations, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme assureur les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières que la Sécurité sociale aura mis en œuvre dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié, réalisé soit directement par la Sécurité sociale soit dans l'exercice du droit de contre-visite de l'employeur. Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.

4.4 - 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, de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente complétant celle versée au titre du contrat national de référence. Lorsque le contrat national de référence verse une prestation, le montant annuel de la prestation venant en complément, représente :

- **au titre de l'option 1 :**
 - en cas d'invalidité 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale : 3 % du salaire de référence,
 - en cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % : 5 % du salaire de référence ;
 - en cas d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33 et moins de 66 % : $R \times 3 n/2$ (« R » étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2^e catégorie et « n » le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale).
- **au titre de l'option 2 :**
 - en cas d'invalidité 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale : 12 % du salaire de référence,
 - en cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % : 20 % du salaire de référence ;
 - en cas d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33 et moins de 66 % : $R \times 3 n/2$ (« R » étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2^e catégorie et « n » le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale).

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire notamment au titre du contrat national de référence, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

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 au titre du présent contrat, l'arrêt de travail initial de l'assuré doit intervenir postérieurement à la prise d'effet du 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 (sauf pour les assurés en situation de cumul emploi retraite selon la réglementation en vigueur).

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 à laquelle cesse le versement des prestations de la Sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré ;
- au décès de l'assuré.

La rente d'invalidité/incapacité permanente professionnelle 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 arrérages au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge., et ce après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur à la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

ARTICLE 5 - DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ, DE L'INVALIDITÉ ET DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

À défaut d'un décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre de l'Incapacité temporaire de travail, de l'Invalidité et de l'Incapacité Permanente Professionnelle est subordonnée à la production d'un certificat médical et de l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'éventuel classement en invalidité ou la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, est effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion sont notifiées à l'assuré et s'imposent à lui s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée sur décision du médecin traitant de l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin-conseil de l'organisme ayant recueilli l'adhésion ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure).

La durée de service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires ainsi que leur cessation sont déterminées par le médecin-conseil de l'organisme par référence aux dispositions prévues au présent contrat.

ARTICLE 6 - 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 lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (s'agissant des garanties Capital décès et Rente d'éducation) ; dans ce dernier cas, le salaire de référence est le cas échéant revalorisé dans les conditions précisées à l'article 11,
- 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.

Le salaire brut de référence est pris en compte dans la limite des Tranches A et B suivantes :

- 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.

ARTICLE 7 - CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties prévues par le présent contrat 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.

Par exception, dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du contrat de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du premier jour d'indemnisation de l'organisme assureur tant que dure l'indemnisation complémentaire de ce dernier. Toutefois, lorsque l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au contrat de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Le maintien des garanties est assuré à l'intéressé pendant la durée du contrat :

- 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 (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) ;
- 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 8 - TERME DES GARANTIES

La garantie se poursuit pour chaque assuré pendant toute la durée du contrat souscrit par l'entreprise 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 9 ci-après et établie en application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 9 - PORTABILITÉ DES DROITS

Le présent contrat organise le maintien des garanties dit « portabilité », en application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Bénéficiaires du maintien des garanties

Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties :

- lorsque les droits à couverture complémentaire au titre de l'adhésion de l'employeur au 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 prévoyance du présent contrat souscrit par l'entreprise au profit de la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient 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. Lorsque la garantie incapacité de travail « maintien de salaire » ou « mensualisation » est expressément prévue au contrat de prévoyance collective, cette garantie n'est pas maintenue au titre du dispositif de portabilité.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini à l'article 6 ci-dessus, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

Incapacité de travail

Les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du présent contrat. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle le salarié ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période.

Si l'allocation-chômage due au participant n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Dans tous les cas l'indemnisation intervient après une franchise fixe et continue de 60 jours.

Paiement des prestations

L'assuré adresse à l'organisme assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies ci-dessus.

Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage. Les prestations seront versées directement aux assurés, ou au (x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Cotisations

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

ARTICLE 10 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par les organismes assureurs 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 11 – REVALORISATION

11.1 – Revalorisation des prestations en cours de liquidation

Les prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, dans la limite des résultats techniques et financiers du périmètre de mutualisation constitué des entreprises ayant souscrit le présent contrat.

Les rentes d'éducation sont revalorisées selon le taux et la périodicité fixés par l'OCIRP.

La revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat.

11.2 - Revalorisations prévues à l'article L 132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du Code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après (confer article 22 ci-après).

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces justificatives, il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

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

(*) article applicable aux Institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

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'adhérent, 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 :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'organisme assureur à l'entreprise
- en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'assuré ou l'ayant droit à l'organisme assureur.

ARTICLE 13 - SUBROGATION

En cas de paiement de prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur 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 14 - EXCLUSIONS - DÉCHÉANCE

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.

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 ou rente d'éducation. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au présent contrat, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

ARTICLE 15 - COTISATIONS

Assiette et taux

Les taux de cotisation 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) du personnel visé à l'article 2 des présentes Conditions Générales, quelle que soit leur ancienneté, sur la base des assiettes suivantes :

- **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.

Selon l'option choisie par l'entreprise lors de la souscription, le taux de cotisation global, figurant sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion, s'élève à :

- **au titre de l'option 1 : 0,35 % des tranches A et B,**
- **au titre de l'option 2 : 0,84 % des tranches A et B.**

	Montant (% TA + TB)	
	OPTION 1	OPTION 2
Capital décès	0,09 %	0,09 %
Rente d'éducation (OCIRP)	0,07 %	0,09 %
Incapacité temporaire de travail	0,08 %	0,29 %
Invalidité/Incapacité permanente professionnelle	0,10 %	0,34 %
Sous-total des cotisations	0,34 %	0,83 %
Prise en charge des « sinistres en cours » (surcoût supporté par l'ensemble des entreprises souscrivant le présent contrat)	0,01 %	0,03 %
Couverture globale	0,35 %	0,84 %

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 précisés à l'article 3 des présentes Conditions générales.

* La cotisation sera revue le cas échéant en fonction des résultats constatés.

Taux d'appel :

À compter du 01/01/2020 et selon l'option choisie par l'entreprise lors de la souscription, le taux de cotisation global, figurant sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion, s'élève à :

- **au titre de l'option 1 : 0,36 % des tranches A et B,**
- **au titre de l'option 2 : 0,87 % des tranches A et B.**

	Montant (% TA + TB)	
	OPTION 1	OPTION 2
Capital décès	0,09 %	0,09 %
Rente d'éducation (OCIRP)	0,07 %	0,09 %
Incapacité temporaire de travail	0,08 %	0,30 %
Invalidité/Incapacité permanente professionnelle	0,11 %	0,36 %
Sous-total des cotisations	0,35 %	0,84 %
Prise en charge des « sinistres en cours » (surcoût supporté* par l'ensemble des entreprises souscrivant le présent contrat)	0,01 %	0,03 %
Couverture globale	0,36 %	0,87 %

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 précisés à l'article 3 des présentes Conditions générales.

* La cotisation sera revue le cas échéant en fonction des résultats constatés.

Paiement

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 L'organisme assureur peut dénoncer le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. Le contrat non résilié reprend ses effets conformément aux dispositions de l'article L.932 9 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 16 - DURÉE/RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

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 17 - RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié 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.

En outre, le présent contrat est résilié de plein droit en cas de résiliation du contrat national de référence, et ce à la même date d'effet.

Les modalités de résiliation pour non-paiement des cotisations sont précisées à l'article 15. En cas de résiliation dans les 3 ans suivant la date de souscription du contrat, l'organisme assureur garantissant le présent contrat peut demander à l'entreprise le paiement des provisions techniques constituées pour la couverture des sinistres en cours à la date de son contrat.

Effet sur les garanties

En cas de résiliation du 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 9 et du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en application de l'article 7).

Toutefois les garanties Capital décès (hors double effet) et Rente d'éducation, y compris en cas d'invalidité absolue définitive, 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 71 de la loi n° 89-1009 du 31 12 1989.

Effet sur les prestations

En cas de résiliation du contrat, les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires et les rentes d'éducation 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 18 – MODIFICATION DES GARANTIES

Toute modification des conditions de garanties fait l'objet d'un avenant au présent contrat. En cas de modification du niveau de prestations de la garantie Incapacité-invalidité/incapacité permanente professionnelle, 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 9, restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification du niveau de prestations 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 9, 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 9.

ARTICLE 19 - INFORMATION DES ENTREPRISES ET DES ASSURÉS

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les organismes assureurs recommandés rédigeront une notice d'information à destination des salariés des entreprises souscrivant le présent contrat.

Cette notice sera adressée à chaque entreprise adhérente.

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 20 - RÉCLAMATIONS

Toutes les demandes d'information relatives au présent contrat doivent être adressées au centre de gestion de l'organisme assureur dont dépend l'entreprise.

Les modalités de réclamation sont détaillées au bulletin d'adhésion ou au certificat d'adhésion.

ARTICLE 20 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les organismes assureurs recommandés déterminent ensemble les finalités et les moyens des traitements de données personnelles nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, dans les conditions de la convention de coassurance qui les lie. Pour la réalisation de ces opérations, les co-assureurs agissant en qualité de responsables conjoints, collectent et traitent des Données personnelles des bénéficiaires en conformité avec la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et, en particulier, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »), ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les co-assureurs se sont attribués respectivement les rôles et les obligations résultant du traitement des Données personnelles des Personnes concernées, bénéficiaires des contrats d'assurance considérés, afin de garantir le respect de la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles.

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont collectées et traitées par l'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Les catégories de données utilisées pour l'accomplissement de ces finalités sont les suivantes :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés ;
- des données de santé nécessaires aux fins de l'exécution des obligations incombant à l'organisme assureur en matière de protection sociale, dans les conditions prévues par la loi Informatique et Libertés et l'article 9 du RGPD. À ce titre, les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Les données à caractère personnel relatives à la santé des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;
- le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

Les données à caractère personnel des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux adhérents au travers de :

- l'exercice des recours dans le cadre de la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle des bénéficiaires et de leurs contrats ;
- la lutte contre la fraude en assurance, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant à l'organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à ses obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal ou non renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérent et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée maximale de 3 ans après le dernier contact émanant du bénéficiaire ou le terme de la relation contractuelle.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires de l'organisme assureur et, le cas échéant, à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

L'organisme assureur privilégie les lieux d'hébergement des données personnelles situés en France. Si un transfert de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen devait néanmoins être envisagé, l'organisme assureur s'engage à le réaliser conformément à la réglementation applicable et le cas échéant, à l'encadrer de garanties juridiques et de sécurité appropriées pour assurer un niveau de protection des données adéquat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès ou la rectification des données les concernant. Les bénéficiaires disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de leurs données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation du traitement de ces données. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Les bénéficiaires disposent, en outre, du droit de s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection commerciale à tout moment et sans frais. Un justificatif d'identité pourra leur être demandé par l'organisme assureur pour confirmer leur identité avant de répondre à leur demande.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier, à l'attention du Délégué à la protection des données de votre organisme assureur, aux coordonnées suivantes :

- Pour AG2R Prévoyance : à AG2R LA MONDIALE : 154 rue Anatole France - 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.
- Pour Malakoff Humanis Prévoyance : à Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9 ou par courriel à dpo@malakoffhumanis.com.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris.

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 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.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de votre organisme assureur :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>,

<https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/>

ARTICLE 22 - CAS DES PRESTATIONS N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

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

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

ARTICLE 23 - PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

L'assuré qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les prestations sont réglées dans un délai de 30 jours au plus tard, après réception des pièces justificatives demandées.

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail	Incapacité / Invalidité permanente professionnelle	Décès/Rente éducation
Lorsque l'organisme assureur en fait la demande : copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	x	x	x
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	x		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	x		
Certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation	x	x	
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 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)	x	x	
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée	x	x	
Demande de rente, signée de l'entreprise		x	
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		x	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise			x
Acte de décès			x
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			x
Acte de naissance avec filiation de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			x
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			x
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...)			x
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)			x

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail	Incapacité / Incapacité permanente professionnelle	Décès/Rente éducation
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de Pacs			x
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			x
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			x
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			x
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie pour ouvrir droit à l'invalidité absolue et définitive			x
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			x
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'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)			x

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)	x	x	x
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)	x	x	x
Justificatif de versement de l'allocation d'assurance chômage	x	x	x
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée			x
Décompte des allocations versées par le régime obligatoire d'assurance chômage	x		

Les organismes assureurs se réservent 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 : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis
21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com



OCIRP

Union d'institutions de prévoyance régie par
le Code de la sécurité sociale
10 rue Cambacérés 75008 Paris
Tél. 01 44 56 22 56 - Fax 01 49 24 06 27
ocirp.fr



AG2R LA MONDIALE

