

Convention Collective Nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
Conditions Générales Prévoyance n° 12834**

Assuré par MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Édition janvier 2021

SOMMAIRE

TITRE I ADHESION AU CONTRAT	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 – ADHESION	4
ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT - RENOUELEMENT	4
ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	6
ARTICLE 6 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	6
CHAPITRE I – GARANTIES DECES	7
ARTICLE 7 – CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES »	7
ARTICLE 8 - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE	7
ARTICLE 9 – DOUBLE EFFET CONJOINT	7
ARTICLE 10 – RENTE ÉDUCATION (assurée par l’OCIRP)	7
ARTICLE 11 – FRAIS D’OBSEQUES	8
ARTICLE 12 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS	8
CHAPITRE II – GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	9
ARTICLE 13 – MAINTIEN DE SALAIRE	9
ARTICLE 14 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 15 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	11
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES	13
ARTICLE 16 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	13
ARTICLE 17 –CESSATION DE L’AFFILIATION	14
ARTICLE 18 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 19 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	15
ARTICLE 20 - PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 21 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’INSTITUTION	16
ARTICLE 22 - EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	17
ARTICLE 23 - BASE DES PRESTATIONS	17
ARTICLE 24 - REVALORISATION	18
ARTICLE 25 - RESILIATION DU CONTRAT	18
ARTICLE 26 - DEFINITION DU CONJOINT	19
ARTICLE 27 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	19
ARTICLE 28- RISQUES EXCLUS	20
ARTICLE 30 - RECOURS – PRESCRIPTION	20
ARTICLE 31 - RECLAMATIONS – MÉDIATION	21
ARTICLE 32 - CONTROLE DE L’INSTITUTION	21
ARTICLE 33 - DISPOSITIONS DIVERSES	22
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	24
VERSEMENT DES PRESTATIONS	25
L’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES	30

TITRE I

ADHESION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 6 décembre 2013 et des avenants modificatifs, instaurant un régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche dénommé ci-après « l'Accord ».

L'employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles, adhère au contrat d'assurance collective obligatoire du régime de prévoyance mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181, dont le siège social est situé au PARIS (75009) 21 Rue Laffitte, régie par le Code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles l'Institution, garantit aux salariés, dénommés ci-après « Participants » ou à leurs ayants-droit les prestations Décès et Arrêt de Travail prévues par la Convention collective.

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan 75008 Paris.

ARTICLE 2 – ADHESION

Afin d'adhérer au contrat d'assurance collective obligatoire du régime, l'employeur devra retourner à l'Institution le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, dûment daté(es) et signé(es).

L'adhésion est acquise à l'Adhérent à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat d'adhésion ou les conditions particulières susvisé(es) accompagné(es) des présentes Conditions Générales forment le contrat de l'Adhérent.

ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT - RENOUELEMENT

Le contrat de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois. L'Adhérent peut également dénoncer son contrat par recommandé électronique avec accusé de réception.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, par lettre recommandée ou recommandé électronique avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

A compter du 1^{er} décembre 2020, l'Adhérent peut également adresser sa dénonciation :

- **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;**
- **soit par acte extrajudiciaire ;**
- **soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**
- **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

4.1 Obligations déclaratives et d'information :

L'Adhérent s'engage à :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.
Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN (Déclaration Sociale Nominative) selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque Participant y compris les salariés en situation de cumul emploi, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat de l'Adhérent,
 - soit la date de l'entrée du Participant dans la catégorie assurée.

L'Adhérent peut communiquer à l'Institution, en lieu et place des Déclarations d'Affiliation susvisées, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent entrant dans la Catégorie assurée, et comprenant notamment leur nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.
4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, entre dans l'effectif de l'entreprise ou qui entre en situation de cumul emploi retraite, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet de l'adhésion, du maintien de leurs garanties Prévoyance au titre de la portabilité des droits ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
6. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'Adhérent précise la date et le motif du départ dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
7. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu en cours de contrat qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 16 des présentes Conditions Générales.
8. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des Participants affiliés au présent contrat, ventilée par tranches soumises à cotisations sociales tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
9. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
10. Déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tous les Participants :
 - en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
 - qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

4.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

L'Institution peut garantir au jour de la date d'effet de l'adhésion :

- lorsque l'Adhérent n'avait pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif :
 - pour les Participants en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat : l'aggravation des risques en cours telle que définie ci-dessous. L'aggravation des risques en cours s'entend :
 - du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail à l'Invalidité Permanente et Totale,
 - du changement de catégorie en invalidité,
 - du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'Invalidité Permanente et Totale au décès.
- lorsque l'Adhérent avait souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif : pour les Participants en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat :
 - les garanties décès revalorisées dans les conditions définies à l'article 24 des présentes Conditions Générales, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), si leurs contrat de travail n'est pas rompu à la date d'effet du présent contrat,
 - la revalorisation de la rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à l'article 24 des présentes Conditions Générales, pour les personnes titulaires, à la date d'effet du contrat d'une rente éducation,
 - la revalorisation des prestations en cours de service.

A compter de la date de leur reprise de travail, les personnes en arrêt de travail bénéficient de l'ensemble des garanties prévues aux présentes Conditions Générales moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhérent informe l'institution préalablement à la conclusion du contrat de l'existence et du nombre de personnes visées ci-dessus.

A défaut de cette information, la nullité du contrat peut être demandée par l'institution dont le consentement aura été ainsi vicié.

Lorsque l'information a été portée à la connaissance de l'institution, l'adhérent communique à l'institution le formulaire « Reprise de Passif » comprenant la liste de toutes les personnes en arrêt de travail ou titulaires de rente éducation, dûment complété, signé et accompagné de la copie des documents contractuels relatifs au contrat de prévoyance antérieurement souscrit.

Cette prise en charge des risques en cours est accordée moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

ARTICLE 6 - CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel de l'Adhérent.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil.

En lieu et place de cette déclaration l'Adhérent, peut communiquer à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel appartenant à la catégorie assurée.

Il appartient à l'Adhérent de s'assurer que l'Institution a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par l'Adhérent, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité de l'Adhérent.

TITRE II

GARANTIES

CHAPITRE I – GARANTIES DECES

ARTICLE 7 – CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES »

En cas de décès du Participant avant son départ en retraite (sauf cumul emploi retraite), quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

ARTICLE 8 - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

On entend par Invalidité Permanente et Absolue le cas du Participant reconnu par l'Institution et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il doit en outre être classé en invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale (article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème accidents du travail, et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas d'Invalidité Permanente et Absolue du Participant, reconnue par l'Institution, celle-ci lui verse :

- le Capital Décès «Toutes Causes»,
- s'il y a lieu les Rentes Education définies à l'article 10,

sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité Permanente et Absolue du Participant, excepté si le Participant se trouve dans la situation visée à l'article 25.

Ce versement met fin à la garantie Capital Décès « Toutes Causes ».

ARTICLE 9 – DOUBLE EFFET CONJOINT

La garantie « Double effet Conjoint » est complémentaire à la garantie Décès « Toutes Causes ».

L'Institution verse aux enfants à charge par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal, en cas de décès du conjoint ou assimilé du Participant simultanément ou postérieurement au Participant, un capital dont le montant, fixé en pourcentage de celui versé à l'occasion du décès du Participant, est précisé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

La garantie de l'Institution est accordée sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin décède au plus tôt le jour du décès du Participant et au plus tard à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
- il satisfait, au jour du décès, à la définition du conjoint ou assimilé,
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment de son décès, et initialement à la charge du Participant,
- le contrat est toujours en vigueur à la date de son décès.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

ARTICLE 10 – RENTE ÉDUCATION (assurée par l'OCIRP)

En cas de décès ou d'Invalidité Permanente et Absolue d'un Participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge au moment du décès une rente temporaire d'éducation, dont le montant annuel est précisé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières (si l'enfant est mineur : à son représentant légal).

Le montant de la rente varie en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès ou de l'Invalidité Permanente et Absolue du Participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint un âge limite indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les rentes éducation sont versées sans limite de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 18^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Le montant de la rente éducation est doublé lorsque l'enfant est, ou devient orphelin des deux parents.

Le montant total des rentes attribuées à un même foyer et pour une période annuelle ne peut excéder 100 % de la base des prestations.

En cas de versement des rentes éducation par anticipation (cas de l'Invalidité Permanente et Absolue) le montant ne pourra excéder 100 % de la base des prestations, compte tenu de tout revenu de substitution perçu par ailleurs par le Participant. Si tel était le cas, elles seraient réduites en conséquence.

Les rentes sont versées aux enfants à charge ou à leur représentant légal, trimestriellement et par avance. Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Les rentes sont dues au lendemain du décès du Participant et cessent au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être considéré à charge au sens de l'article 27 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 11 – FRAIS D'OBSEQUES

L'Institution verse une allocation dont le montant est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières:

- au Participant, en cas de décès :
 - de son Conjoint ou assimilé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
 - ou d'un enfant à charge,
- à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques du Participant en cas de décès de celui-ci.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique.

ARTICLE 12 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

CLAUSE BENEFICIAIRE CONTRACTUELLE

A défaut de désignation particulière du Bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou des Bénéficiaires avant le décès du Participant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations en capital dues au titre de la garantie Capital décès « toutes causes », est (sont) :

- le conjoint survivant du Participant à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès, ou le partenaire du Participant lié par un PACS ou le concubin tel que défini à l'article 26 à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du Décès,
- à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du Participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, le père et la mère du Participant, par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, les héritiers du Participant par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

MODALITES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

Au moment ou au cours de son affiliation, le Participant peut désigner toute autre personne physique ou morale, ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Institution. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Institution de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par Acte sous signature privée ou par Acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...).

Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Participant ou en cas de révocation prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation conventionnelle s'applique.

Des règles spécifiques à chacune des garanties définies aux articles 8 à 11 ci-dessus sont appliquées pour l'attribution de leur bénéfice.

CAS PARTICULIERS

- Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le Capital Décès, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.
- En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie « Double Effet Conjoint ».
- En cas de décès du Participant intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital ou les rentes sont versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :
 - aux autres bénéficiaires désignés,
 - ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 13 – MAINTIEN DE SALAIRE

DEFINITION ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

Si l'Adhérent a choisi cette garantie, l'Institution lui verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail du Participant des indemnités journalières couvrant tout ou partie de ses obligations conventionnelles selon la franchise retenue.

En complément des indemnités journalières l'Adhérent peut aussi opter pour une indemnisation forfaitaire au titre des charges patronales assises sur le salaire maintenu.

L'Institution verse ses indemnités sous réserve que le Participant justifie :

- de son état d'Incapacité par la fourniture d'un certificat médical à l'Adhérent, pouvant donner lieu à contre visite par ce dernier.
- d'être pris en charge par la Sécurité sociale,
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de la Communauté économique européenne ou dans un pays ayant passé une convention de réciprocité.

En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident non professionnel, le Participant doit justifier d'un an d'ancienneté chez l'Adhérent. L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'entend de celle acquise chez l'Adhérent concerné et s'apprécie au premier jour de l'absence.

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail ou de lutte contre les déclarations tardives, l'Institution ne compensera pas la baisse des prestations.

MONTANT ET DUREE D'INDEMNISATION

Début de l'indemnisation

La période de versement des indemnités par l'Institution prend effet au terme de la période de franchise retenue par l'Adhérent telle que mentionnée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

La période de franchise est continue, l'Institution ne verse ses indemnités que si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption, dépasse la période de franchise.

En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle ou un accident du travail, il n'est pas fait application de la franchise ci-dessus, l'Institution verse ses indemnités à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Montant et durée de l'indemnisation

Le Montant et la durée d'indemnisation dépend de l'ancienneté du Participant. Le montant s'obtient par application d'un taux à la base des prestations sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale tel que mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Si plusieurs congés de maladie professionnelle ou non ou d'accident du travail donnant lieu à indemnisation interviennent au cours d'une période de douze mois consécutifs, **la durée totale d'indemnisation ne pourra excéder les durées maximales d'indemnisation mentionnées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.**

REGLE DE CUMUL

Le total de la rémunération perçue de l'Adhérent, des indemnités versées par la Sécurité sociale, des indemnités complémentaires versées par l'Institution et de tous autres organismes ne peut excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

CHARGES SOCIALES PATRONALES

Si l'Adhérent a retenu cette option, l'Institution lui verse en plus des indemnités journalières, une indemnité forfaitaire au titre des charges sociales patronales dues sur les prestations complémentaires précitées. Cette indemnité s'obtient par application d'un taux aux indemnités complémentaires versées par l'Institution au titre de la garantie Maintien de salaire tel que mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

CESSATION DE LA GARANTIE

Les prestations cessent d'être servies au titre du Maintien de salaire :

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- dès que le Participant reprend son activité professionnelle y compris à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date à laquelle le Participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partiel),
- à la fin des obligations conventionnelles de l'Adhérent au titre du Maintien de salaire.

ARTICLE 14 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

DEFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

L'Institution verse en cas d'incapacité temporaire de travail du Participant, une prestation dénommée indemnité journalière, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au service de prestations par l'Institution, le Participant qui, suite à une maladie ou un accident :

- est reconnu par l'Institution, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle,
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale :
 - soit au titre de l'assurance maladie,
 - soit au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles,
- et qui n'a fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par l'Adhérent suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail ou de lutte contre les déclarations tardives, l'Institution ne compensera pas la baisse des prestations.

L'état d'incapacité doit être constaté dans un certificat médical établi par le médecin du Participant et peut faire l'objet d'une éventuelle expertise médicale à la demande de l'Institution et/ou de l'Adhérent.

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet :

- soit au terme d'une période de franchise convenue avec l'Adhérent et définie au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières,
- soit en relais des garanties de maintien de salaires au titre de la convention collective, c'est-à-dire dès qu'il n'y a plus aucun maintien de salaires total ni même partiel au titre de cette convention.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail :

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- ou dès que le Participant reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- au plus tard, au terme de la période de 3 ans qui suit l'arrêt de travail pour les Participants reconnus en état de maladie de longue durée par la Sécurité sociale,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations », et en tout état de cause :
 - à la veille de la date à laquelle le Participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
 - à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas Participants en situation de cumul emploi-retraite).

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières à la base des prestations sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale et éventuellement la fraction de salaire versée par l'employeur.

Ce montant s'entend brut de toutes charges sociales salariales et patronales susceptibles de grever les Prestations.

REGLE DE CUMUL

Les indemnités journalières versées par l'Institution viennent en complément :

- des prestations en espèces servies par la Sécurité sociale,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la Base des Prestations définie à l'article 23 revalorisée s'il y a lieu en application de l'article 24,
- de la fraction de salaire versée au Participant dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel,
- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire.

Ces éléments sont retenus pour leur montant brut excepté en cas de versement direct par l'Institution au Participant. Lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès du Participant, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Le montant net sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article 24.

Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution pourra être réduit en conséquence, si cette limite est dépassée. Pour l'application de cette règle de cumul, n'est pas prise en considération la pension de vieillesse du régime obligatoire, perçue par le Participant poursuivant par ailleurs une activité professionnelle salariée.

RECHUTE

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux mois, d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à l'Incapacité Temporaire indemnisée par l'Institution, il n'est pas fait application de la franchise visée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

VERSEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans la troisième partie des présentes Conditions Générales comportant notamment un certificat médical établi par le médecin du Participant à l'attention du Médecin Conseil de l'Institution sous pli confidentiel cacheté et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité Sociale au fur et à mesure de leur réception par l'Institution. L'Adhérent est dispensé de fournir les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

Les indemnités sont versées à l'Adhérent, ce paiement libérant l'Institution à l'égard du Participant. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement au Participant. Dans ce cas, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

ARTICLE 15 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

DEFINITIONS ET CONDITIONS DE LA RENTE

L'Institution verse en cas d'invalidité du Participant, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée), une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

Le Participant est considéré en invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Institution, lorsque, suite à une maladie ou un Accident constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement, dans des proportions déterminées par l'Institution. Le Participant doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par la Sécurité sociale.

L'Institution procède au classement des invalides dans l'une des trois catégories ci-après :

- Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le Médecin Conseil de l'Institution n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'Institution se base sur les conclusions de son Médecin Conseil pour procéder au classement des invalides.

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Le versement de la rente cesse :

- dès que le Participant reprend une activité professionnelle sans diminution de sa Rémunération brute,
- dès que la Sécurité Sociale cesse elle-même de verser une pension d'invalidité ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail.

Si la rente de la Sécurité sociale est ou devient nulle, l'Institution suspend ses prestations.

MONTANT DE LA RENTE

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières à la Base des Prestations, selon le classement par l'Institution du Participant en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie d'invalides, sous déduction des prestations nettes versées par la Sécurité Sociale hors majoration tierce personne.

CAS PARTICULIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les prestations prévues pour la 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées aux Participants reconnus invalides par l'Institution à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 66 %.

Les prestations prévues pour la 1^{ère} catégorie d'invalidité peuvent être versées aux Participants reconnus invalides par la Sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit compris entre 33 % et 66 %.

En deçà de 33 %, le versement de la rente est suspendu.

En cas de conversion de la rente d'incapacité permanente Sécurité Sociale en capital, l'institution prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales.

REGLE DE CUMUL

La rente versée par l'Institution vient en complément :

- des prestations en espèces versées par la Sécurité Sociale au titre de la rente d'invalidité hors majoration tierce personne. En cas de conversion de la rente d'invalidité Sécurité sociale en capital, l'Institution prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales,
- du salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la Base des Prestations définie à l'article 23 revalorisée s'il y a lieu en application de l'article 24,
- de la fraction de salaire perçue par le Participant dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur,
- du montant des allocations d'assurance chômage dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée. En cas de radiation temporaire des listes du Pôle Emploi, l'Institution prendra en compte dans sa règle de calcul le montant de l'allocation d'assurance chômage perçu avant ladite radiation,
- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire de prévoyance,
- s'il y a lieu, des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et par l'Institution au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net excepté en cas de versement direct par l'Institution à l'Adhérent. Il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

Lorsque le versement est effectué par l'Institution à l'Adhérent, le montant brut sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application de l'article 24. La rémunération nette s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

Le montant de la rente versée par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

VERSEMENT DE LA RENTE

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini dans la troisième partie des présentes Conditions Générales.

La rente est versée directement au Participant. L'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Néanmoins, l'Adhérent doit préciser à l'Institution le destinataire du paiement de la rente lorsque le Participant invalide reste inscrit dans les effectifs de l'Adhérent. Dans ce cas, le paiement effectué à l'Adhérent libère l'Institution à l'égard du Participant.

TITRE III

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 16 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent, pour les Participants présents à cette date.

A défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche intervenant postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent.

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

- ***Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées***

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du présent contrat ou par la perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières excepté pour le Participant en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement dans les conditions prévues à l'article 22.

- ***Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées***

Les Participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation ...); ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant la suspension de leur contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations prévues au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

1) L'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail,
- d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties ainsi que de communiquer à l'Institution, tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

2) Le Participant est tenu :

- de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

A l'exception des Participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, la Rémunération brute s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail limitée aux Tranches 1 et 2 dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

la rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des Rémunérations perçues soumises à cotisation de Sécurité sociale.

Le Participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

ARTICLE 17 – CESSATION DE L’AFFILIATION

Sous réserve de l’application de l’article 18.1 des présentes Conditions Générales, l’affiliation du Participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l’adhésion de l’employeur,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l’exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l’Adhérent,
- et, en tout état de cause, à la date prise d’effet de la résiliation du présent contrat.

La cessation de l’affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve des articles 18.1, 18.3 et 18.4 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 18 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

18.1 Maintien des garanties au titre de la « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le Participant d’être éligible au dispositif de l’article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l’affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d’un motif autre qu’un licenciement pour faute lourde et qu’elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d’assurance chômage.

Si l’Adhérent n’entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l’Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l’Adhérent d’informer le Participant du principe et de l’étendue du droit au maintien des garanties.

L’Institution n’est tenue du maintien des garanties qu’autant que :

- conformément au 5° de l’article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l’article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, l’Adhérent a informé l’Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L’affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d’indemnisation du chômage dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

CESSATION DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

En tout état de cause, l’affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après
- en cas de résiliation du contrat de l’entreprise.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Conformément au 5° de l’article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l’Institution :

- à l’ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d’assurance chômage,
- mensuellement, l’attestation de paiement des allocations Chômage.

GARANTIES

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

Les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l’article L. 1226-1 du Code de travail et celles prévues par la Convention collective dites « maintien de salaire », ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

La Base des Prestations des garanties Prévoyance reste constituée par la Rémunération brute définie aux Conditions Générales perçue au cours des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.**

- Si la période de référence est inférieure à douze mois, la Rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des Rémunérations brutes perçues,
- Si la période de référence est inférieure à un mois, la Rémunération servant de Base des Prestations est celle prévue au contrat de travail.

La désignation de Bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le Participant durant sa période d'activité demeure valide.

Pour la garantie Incapacité Temporaire de Travail, le Participant ne peut percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution est réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Une franchise de **180 jours continue** s'applique pour le Participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

FINANCEMENT

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

18.2 Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat de l'employeur, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

18.3 Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation du Participant

Les prestations servies en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité en cours de service à la date de cessation des droits du Participant sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les présentes Conditions Générales.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits du Participant, l'Institution verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La clause de revalorisation prévue à l'article 24 continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

18.4 Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation du Participant

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du Participant (exception faite de l'application de l'article 18.1), la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 22 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

ARTICLE 19 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires en vigueur.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute 1 et 2 soumises à cotisations :

- Tranche 1 : Rémunération dans la limite du plafond de la sécurité sociale
- Tranche 2 : Rémunération comprise entre 1 et 8 plafonds de la sécurité social limitée dans le présent contrat à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisations sont mentionnés au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la catégorie assurée. Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les Participants en arrêt de travail, les indemnités journalières sont exclues de ladite assiette lorsque l'Adhérent est subrogé dans les droits du Participant vis-à-vis de son régime de Sécurité sociale.

Pour les salariés placés en activité partielle en application des articles L.5122-1 et R.5122-1 du Code du travail, il résulte de l'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 que la base de calcul des cotisations inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif. La présente disposition ne pourra s'appliquer au-delà du terme prévu par cette loi du 17 juin 2020 ou en dehors de toute prorogation légale ou réglementaire.

ARTICLE 20 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective.

Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Pour les Adhérents n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au point 9 de l'article 4.1 et communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard prévues ci-avant.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 21 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles ci-après.

21.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

21.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement et à la fiscalité.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 21.3.**

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

21.3 Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'Adhérent peut toujours refuser la proposition de l'Institution dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 3**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'Institution, l'Institution considérera que l'Adhérent a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

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

ARTICLE 22 - EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, pour le Participant en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par l'Institution.

L'exonération est :

- totale s'il ne perçoit aucun salaire et s'il reste au moins un Participant actif cotisant chez l'Adhérent,
- ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite du Participant en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité.

MAINTIEN DES GARANTIES

Le Participant bénéficiant de l'exonération des cotisations visées ci-dessus bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites :

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, dans les conditions en vigueur à la date d'arrêt de travail ou à la date d'effet du contrat pour les assurés faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur,
- pour les garanties Décès, dans les conditions en vigueur à la date du décès.

CESSATION DE L'EXONERATION DES COTISATIONS ET DU MAINTIEN DES GARANTIES

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité tels que prévus au chapitre II,
- en cas de résiliation du contrat de l'Adhérent.

ARTICLE 23 - BASE DES PRESTATIONS

La Base des prestations est définie au regard de la rémunération brute du Participant au cours des douze derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail limitée aux Tranches 1 et 2 dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Cependant pour les garanties en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente, la base des prestations est définie au regard de la rémunération nette du Participant au cours des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail limitée aux Tranches 1 et 2 dans la limite de 4 fois le plafond de la Sécurité sociale. La rémunération nette s'entend avant toute éventuelle imposition à la source.

Pour les Participants titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité Sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée, la base des Prestations est constituée par la seule rémunération perçue au titre de l'activité salariée, au cours des douze mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations perçues soumises à cotisations de sécurité sociale.

Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération servant de Base des Prestations est celle prévue au contrat de travail.

Toutefois, pour les Participants dont le contrat de travail est toujours en cours, en temps partiel pour raison thérapeutique ou en invalidité faisant l'objet d'une reprise de passif et bénéficiant antérieurement d'un contrat de prévoyance, la Base des Prestations des garanties Incapacité Temporaire de Travail est constituée par la seule fraction de Rémunération perçue réellement au cours des douze mois civils ayant précédé le nouvel arrêt de travail dont la cause est sans rapport avec la maladie ou l'Accident à l'origine de la situation.

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les Rémunérations prises en considération pour le calcul de la Base des Prestations sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues à l'article 24 des présentes Conditions Générales.

Pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, la Base des Prestations servant au calcul des Prestations est divisée par 365.

ARTICLE 24 - REVALORISATION

CHAMP D'APPLICATION

Sont revalorisables :

- les prestations Rentes Education,
- les prestations Indemnités Journalières,
- les prestations Rentes d'invalidité,
- la Base des Prestations, en cas de décès pour les Participants bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

REVALORISATION DES PRESTATIONS

La première revalorisation des Prestations intervient le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des Prestations. La revalorisation est effectuée, sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le Sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

Les rentes éducation sont revalorisées en fonction de celle du point OCIRP.

REVALORISATION DE LA BASE DES PRESTATIONS

La revalorisation s'effectue, sur la base du pourcentage d'augmentation du Point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

PLAFOND DE REVALORISATION

Le taux de revalorisation des Prestations et de la base des Prestations, tel que mentionné ci-dessus, est limité au fonds général de revalorisation de l'Institution.

ARTICLE 25 - RESILIATION DU CONTRAT

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 3, l'adhésion au contrat peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 20.

REDRESSEMENT, LIQUIDATION JUDICIAIRE OU PROCEDURE DE SAUVEGARDE DE L'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Vis-à-vis de l'ADHERENT

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

L'adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du PARTICIPANT

La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les prestations en cours de service

Les Prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement. La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service. L'article L. 912-3 du code de la Sécurité Sociale, prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive de l'Adhérent qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les garanties décès

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), les garanties Décès, à l'exception de la garantie Double Effet Conjoint, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les Prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues au chapitre II.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation de la Base des Prestations prévue à l'article 24, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si le Participant a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'Institution versera ses prestations Décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

ARTICLE 26 - DEFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

ARTICLE 27 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont réputés à charge du Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant, si ce dernier est le parent légitime.

ARTICLE 28- RISQUES EXCLUS

RENTES EDUCATION

La garantie n'est pas appliquée dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du Participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- en cas de guerres étrangères à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le Participant y prend une part active ;
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

GARANTIES EN CAS DE DECES (HORS RENTE EDUCATION), D'INVALIDITE ET D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès, Invalidité et Incapacité Temporaire de Travail définies aux Chapitres I et II et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les Sinistres qui résultent :

- d'accidents, de blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du Participant ou du bénéficiaire,
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris,
- d'un déplacement ou d'un séjour du Participant dans une des régions ou un des pays formellement déconseillé par le Ministère Français des affaires étrangères, excepté si l'Institution accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour,
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

GARANTIES EN CAS DE DECES (HORS RENTE EDUCATION)

• Ne donnent pas lieu aux garanties Décès définies au chapitre I et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les Sinistres qui résultent :

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation du Participant sauf s'il était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre du contrat et/ou au titre d'une affiliation au contrat souscrit antérieurement par ailleurs, si ce contrat comportait une garantie collective Décès équivalente à celle du contrat,
- du meurtre commis sur la personne du Participant dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.

Le fait que l'Institution ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 29 – DECHEANCE

Le Participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Institution.

ARTICLE 30 - RECOURS – PRESCRIPTION

RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

Le Participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de prestation.

PRESCRIPTION

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

Elle est portée à dix (10) ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas le Participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Participant en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Participant.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'Institution s'adresse à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le Participant ou le bénéficiaire s'adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 31 - RECLAMATIONS – MÉDIATION

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

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'Adhérent, le Participant et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

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

ARTICLE 32 - CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX 9.

ARTICLE 33 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le Participant et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel du Participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Acte authentique : Acte reçu, avec les solennités requises, par un officier public ayant compétence et qualité pour instrumenter, et défini à l'article 1369 du code civil.

Acte sous signature privée : Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les Participants à cet acte, et régi aux articles 1372 et suivants du code civil.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

DSN : la Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalement d'événements.

Garantie : Engagement de l'assureur de verser une prestation si le Participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Point de retraite AGIRC-ARRCO : Point de retraite complémentaire unique servant au calcul des retraites.

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'Institution.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Rémunération nette : Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche 1 : Rémunération dans la limite du plafond de la sécurité sociale
- Tranche 2 : Rémunération comprise entre 1 et 8 plafonds de la sécurité social limitée dans le présent contrat à 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

DECLARATION DES SINISTRES

Les Participants, l'Adhérent et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident, ...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par l'Adhérent (Majorations pour enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

PIECES NECESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IPA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	FRAIS D'OBSEQUES	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'Institution et complétée par l'Adhérent certifiant que le Participant faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X	X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X			
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X	X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement au Participant ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X		X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECESTOUTES CAUSES	IPATOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	FRAIS D'OBSEQUES	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X	X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X					X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X					X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par le Participant sous réserve des articles relatifs aux modalités d'ouverture du droit à prestation et aux délais de transmission des pièces justificatives		X				X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'Institution dûment complété		X				X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant						X	
Facture acquittée					X		
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X			X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IPA-TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	FRAIS DOBSEQUES	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE -- INCAPACITE PERMANENTE
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.						X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt						X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite						X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.							X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale							X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin du Participant (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X		

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

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

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Le Participant s'engage à informer, sans délai, l'Institution de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'Institution et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au Pôle Emploi,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le Participant perçoit un salaire de l'Adhérent et d'autres employeurs, le Participant doit communiquer à l'Institution le montant exact de la Rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

A défaut, l'Institution se réserve le droit de suspendre ses prestations.

MODALITES D'OUVERTURE DU DROIT A PRESTATION ET DELAI DE TRANSMISSION DES PIECES JUSTIFICATIVES

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

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

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

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'Institution dans les **trente (30) jours qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail**, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

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

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

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

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

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

CONTROLES MEDICAUX

L'Institution peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du Participant qui formule des demandes ou bénéficie de Prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

A toute époque, les médecins missionnés par l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du Participant en état d'Incapacité ou d'Invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Institution.

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

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

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

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

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

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - le Participant peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - le Participant, ou le cas échéant, le médecin du Participant et celui choisi par l'Institution, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'Institution et le Participant. Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile du Participant. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA PRESTATION DECES

- 1) A compter de la date du décès du Participant (ou du décès du conjoint ou assimilé, assuré pour la seule garantie double effet conjoint), le versement par l'Institution du capital forfaitaire et de l'allocation forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies aux présentes Conditions Générales.
La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital et/ou l'allocation dus non versés par l'Institution, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Participant assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La revalorisation *post-mortem* ne s'applique pas lorsque l'allocation obsèques est versée au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

- 2) Par exception à ce qui précède, les dispositions suivantes s'appliquent à la rente éducation assurée par l'OCIRP.

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

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

- 3) Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès aux(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES

L'accompagnement social Malakoff Humanis soutient l'entreprise autour de 5 thématiques : handicap, aidants, cancer, bien-vieillir et fragilités sociales.

Pour en savoir plus sur la réglementation, les aménagements possibles, les impacts dans l'entreprise et auprès des autres collaborateurs des webinaires et des ateliers en présentiel, inter ou intra entreprises, peuvent être mis en place sur de nombreuses thématiques : Handicap en entreprise, Réglementation cancer & travail, Burn out des aidants, Santé mentale en entreprise...

Ces services sont proposés à l'issue d'une première phase de diagnostic, dans le cadre d'un plan d'action défini avec votre expert accompagnement social, n'hésitez pas à le contacter.



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