

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, N° agrément ACPR : 3120012

Produit : Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération – Personnel non cadre



Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de prestations seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Prévoyance « CCN Récupération » est un contrat collectif obligatoire du régime conventionnel souscrit par une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération du 6 décembre 1971 (IDCC 637) au profit du personnel non-cadre ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Le présent contrat est destiné à couvrir les salariés en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle en complément des prestations de la Sécurité sociale française et le cas échéant à transférer tout ou partie des obligations conventionnelles de maintien de salaire de l'employeur à l'organisme assureur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident des salariés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations peuvent varier en fonction du salaire de référence, de la catégorie de personnel et de la situation personnelle du salarié. Ils viennent compléter ceux versés par la Sécurité sociale française.

Garanties systématiquement prévues :

✓ GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL :

- **Incapacité temporaire de travail** : en cas d'incapacité temporaire totale de travail, versement d'indemnités journalières complémentaires à celles servies par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
- **Incapacité permanente professionnelle** : en cas d'incapacité permanente professionnelle consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66% ou en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale de 1^{ère}, de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie, versement d'une prestation sous forme de rente complémentaire à celle servie par la Sécurité sociale.

Garanties optionnelles :

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE :

- **GARANTIE maintien de salaire** : en cas d'incapacité temporaire de travail du salarié, l'organisme assureur verse à l'employeur des indemnités journalières couvrant ses obligations conventionnelles.

Cette garantie ne bénéficie pas du cadre social et fiscal propre aux garanties de prévoyance complémentaire.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?



- Les frais de soins de santé liés à la perte d'autonomie
- L'état de dépendance
- Tout sinistre survenu en dehors de la période de validité du contrat



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

Exclusions applicables aux garanties (sauf la garantie « Maintien de salaire ») :

- ! les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits,
- ! les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité,
- ! le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort de l'assuré. Dans ce cas, le capital doit être versé aux héritiers, sauf s'ils sont condamnés comme auteurs ou complices du meurtre de l'assuré.

Exclusions applicables à la garantie « Maintien de salaire » :

- ! les accidents à l'occasion desquels la responsabilité pénale de la victime serait définitivement reconnue comme engagée ou encore d'accidents dont il serait établi qu'ils sont dus à l'ivresse de la victime,
- ! tous les accidents survenus à l'occasion d'activités sportives pouvant être pratiqués avec une licence ainsi que tous les sports réputés dangereux, tels le ski, la chasse, l'aviation légère, le vol à voile, la compétition cycliste et automobile.

Principales restrictions :

- ! **Maintien de salaire** : le maintien de salaire intervient dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'accident de trajet. Application d'une franchise de 3 jours continus en cas de maladie ou d'accident non professionnels.
- ! **Incapacité temporaire de travail** :
 - o Pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté : l'indemnisation intervient dès la fin des droits de maintien de salaire total ou partiel de l'employeur.
 - o Pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté : l'indemnisation intervient après 75 jours d'arrêts de travail continus.
- ! **Incapacité - incapacité permanentes** : aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle est inférieur à 66 %.
- ! Tout versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité qui conduirait l'assuré à percevoir une indemnisation supérieure à ce qu'il aurait perçu s'il avait été en mesure de travailler.



Où suis-je couvert ?

✓ En France et à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle tant que ces informations ne sont pas transmises et traitées par les flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) :

Avant la souscription :

Le souscripteur doit :

- Remettre à l'organisme assureur l'ensemble des informations lui permettant d'apprécier le risque en cours.
- Communiquer à l'organisme assureur l'ensemble des informations relatives à l'état du personnel, la liste définitive des prestations en cours (nées ou acquises, immédiates ou différées) à la date d'effet du contrat, et le cas échéant la copie du précédent contrat de prévoyance afin de définir les engagements de l'ancien organisme assureur.
- Lorsque l'adhésion du souscripteur est soumise à une sélection médicale, le salarié doit compléter un questionnaire de santé, éventuellement effectuer des analyses et retourner tout autre document complémentaire demandé. Ces documents doivent être adressés à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur sous pli confidentiel.

A la souscription :

Le souscripteur doit :

- Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'organisme assureur.
- Communiquer à l'organisme assureur, sur support papier ou dématérialisé, la liste des membres du personnel appartenant à la catégorie assurée.
- Déclarer à l'organisme assureur toute situation de cumul emploi retraite du personnel assurable.
- Remettre la notice d'information aux salariés assurés.

En cours de contrat :

- Déclarer à l'organisme assureur toute personne physique travaillant pour elle qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie assurée ou en sort, notamment en cas de départ de l'entreprise.
- Déclarer trimestriellement l'effectif de la catégorie assurée et de la masse salariale brute ventilée par tranche soumise à cotisations sociales lors des appels de cotisations émis par l'organisme assureur.
- Communiquer annuellement l'état nominatif des salaires.
- Communiquer le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de prévoyance.
- Déclarer à l'organisme assureur toute situation de cumul emploi retraite du personnel assurable.
- Informer l'organisme assureur en cas de circonstances nouvelles afin de maintenir, adapter ou résilier le contrat.
- Lorsque l'adhésion du souscripteur est soumise à une sélection médicale, tout nouvel entrant est également soumis aux formalités médicales.
- Régler les cotisations prévues au contrat.
- S'engager à porter à la connaissance de chacun des assurés couverts par le contrat, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant le supplément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.
- Déclarer tout sinistre à l'organisme assureur.

Pour le versement des prestations :

- Fournir à l'assureur dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements

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

L'entreprise souscriptrice est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur.

Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique, chèque bancaire ou virement bancaire, ou par la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au sein du contrat et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture de l'assuré prend fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié au 31 décembre soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, 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. La notification doit être envoyée à l'assureur au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.