

SNCP - NON CADRES

Prévoyance

Notice d'information N° 13600
Édition 2021

Référence : NI/HP SNCP PREVOYANCE NON CADRES/PREV 01.2018

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT DE PRÉVOYANCE	5
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
1.1 Définitions	5
1.2. Affiliation des membres du personnel	6
1.2.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel	6
1.2.2 Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel	6
1.2.3 Personnel en arrêt de travail et personnes titulaires d'une rente éducation : reprise de passif	7
1.2.4 Cessation de l'affiliation des membres du personnel	7
1.2.5 Fausse déclaration	7
1.2.6. Déchéance	7
1.2.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	7
1.3. Maintien des garanties et des prestations	8
1.3.1 Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale : la « portabilité des droits »	8
1.3.2 Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989	9
1.3.3 Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT	9
1.3.4 Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT	9
1.4. Cotisations	9
1.5. Exonération des cotisations et maintien des garanties	10
1.5.1 Exonération des cotisations	10
1.5.2 Maintien des garanties	10
1.5.3 Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties	10
1.6. Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat vis-à-vis du PARTICIPANT	10
1.6.1 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les Prestations en cours de service	10
1.6.2 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès	10
1.7. Base des prestations	10
1.8. Revalorisation	11
1.8.1 Champ d'application	11
1.8.2 Revalorisation des prestations	11
1.8.3 Revalorisation de la Base des Prestations	11
1.8.4 Plafond de revalorisation	11
1.9. Recours – Prescription	11
1.9.1 Recours subrogatoire	11
1.9.2 Prescription	12
1.10. Réclamation – Médiation	12
1.11. Contrôle de l'INSTITUTION	12
1.12. Dispositions diverses	12
1.12.1 Protection des données à caractère personnel	12

TITRE II - DÉFINITION DES GARANTIES	14
2.1 Garanties en cas de décès	14
2.1.1 Définitions et conditions des garanties	14
2.1.2 Bénéficiaires	16
2.2 Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail	17
2.2.1 Définitions et conditions de la garantie	17
2.2.2 Montant de la garantie	18
2.2.3 Règle de cumul	18
2.2.4 Rechute	18
2.2.5 Versement des indemnités journalières	18
2.3. Garantie en cas d'invalidité	18
2.3.1 Définitions et conditions de la rente	18
2.3.2 Montant de la rente	19
2.3.3 Règle de cumul	20
2.3.4 Versement de la rente	20
2.4. Risques exclus	20
TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
3.1 Conditions de versement des prestations	22
3.1.1 Déclaration des Sinistres	22
3.1.2 Liste des pièces justificatives	22
3.1.3 Obligations du PARTICIPANT	23
3.1.4 Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	23
3.1.5 Contrôles médicaux	24
3.1.6 Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès	24
L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST À VOS CÔTÉS	26

VOTRE RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

DÉGÈS ET ARRÊT DE TRAVAIL

(cases à cocher par l'entreprise selon le contrat souscrit)

CATÉGORIE ASSURÉE	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
RÉGIME DE GARANTIES SOUSCRIT	<input type="checkbox"/> Régime 1
	<input type="checkbox"/> Régime 2
	<input type="checkbox"/> Régime 3

VOTRE CONTRAT DE PRÉVOYANCE

Votre entreprise a adhéré au contrat collectif prévoyance « SNCP PRÉVOYANCE NON CADRES » vous avez souscrit notre offre dédiée à ce secteur assurée par MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, l'Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à Paris (75009) – 21 rue Laffitte afin de garantir à titre obligatoire son personnel appartenant à la catégorie assurée définie en deuxième page de la présente notice.

Vous trouverez dans cette notice les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Pour la présente notice, l'entreprise est dénommée l'« ADHÉRENT », le salarié le « PARTICIPANT » et **Malakoff Humanis Prévoyance** l'« INSTITUTION ».

1.1 DÉFINITIONS

Accident : Effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du PARTICIPANT une atteinte ou lésion corporelle.

Accident de la circulation : Accident qui se réalise sur une voie publique ou privée, lors d'un trajet à pied ou à l'occasion d'un parcours effectué par tout moyen de transport public ou privé.

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 toutes les parties à cet acte, et régi aux articles 1372 et suivants du Code civil.

ADHÉRENT : Personne morale souscriptrice du contrat.

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

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHÉRENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R.242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L.911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Conjoint : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé, non séparé de corps judiciairement.

DSN : La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Enfants à charge : sont considérés comme Enfants à charge du PARTICIPANT :

- les enfants du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin ;
 - être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du PARTICIPANT ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

- être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.
- Les enfants à naître au moment du décès du PARTICIPANT.
Ne peuvent être considérés comme enfants à naître que les enfants qui sont nés, viables, dans les 300 jours du décès du PARTICIPANT.

Entreprise Filiale Adhérente : Personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'ADHÉRENT et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.

Garantie : Engagement de l'INSTITUTION de verser une Prestation si le PARTICIPANT ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Partenaire lié par un PACS : Personne liée au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité.

PARTICIPANT : Personne physique travaillant pour le compte de l'ADHÉRENT, appartenant à la Catégorie ou aux catégories définie(s) à la première page de la présente notice d'information et affiliée au contrat.

Plafond de la Sécurité sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu à l'article D.242-17 du Code de la sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Point de retraite AGIRC-ARRCO : Point servant au calcul des retraites, dont la valeur est établie par l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres-Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés.

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 : Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du PARTICIPANT ou du Bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci,

Les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes de retraite AGIRC et ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de rémunération ci-dessus.

1.2. AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

1.2.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHÉRENT, appartenant à la ou les Catégories définies en deuxième page de la présente notice d'information.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories renseigne la Déclaration d'Affiliation de l'INSTITUTION, sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties ne sont pas transmises par l'ADHÉRENT par la DSN.

Il y précise son état civil.

1.2.2 Date d'effet de l'affiliation des membres du personnel

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'ADHÉRENT.
- à sa date d'embauche dans la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières si l'embauche ou l'évolution est postérieure à la date d'effet du contrat.

1.2.3 Personnel en arrêt de travail et personnes titulaires d'une rente éducation : reprise de passif

L'INSTITUTION peut garantir au jour de la date d'effet du contrat :

- les personnes en arrêt de travail,
- les personnes titulaires d'une rente éducation.

1.2.4 Cessation de l'affiliation des membres du personnel

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévoyance au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat,
- 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,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant à la présente notice d'information.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve des dispositions ci-après relatives à la cessation des droits du PARTICIPANT.

1.2.5 Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHÉRENT ou d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le Risque omis ou dénaturé par l'ADHÉRENT ou par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du Risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'INSTITUTION et les Prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.

1.2.6. Déchéance

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.

1.2.7 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

1.2.7.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnités

Le bénéfice des garanties est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu notamment suite à une maladie, une maternité ou un accident, moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'ADHÉRENT, qu'elles soient versées directement par l'ADHÉRENT ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

1.2.7.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnités

En cas de suspension du contrat de travail non visée au point 1.2.7.1 de la présente notice d'information d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT. L'ADHÉRENT est tenu au paiement des cotisations ainsi que le PARTICIPANT sur la base des dispositions communes applicables en cas de suspension du contrat de travail.

En cas de suspension du contrat de travail non visée au point 1.2.7.1 de la présente notice d'information d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

1.2.7.3 Dispositions communes applicables en cas de suspension du contrat de travail

À l'exception des PARTICIPANTS bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'ADHÉRENT, la Rémunération brute servant le cas échéant au calcul des prestations et des cotisations s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le PARTICIPANT ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire annuel brut pris en compte le cas échéant pour le calcul des prestations et des cotisations est celui figurant au contrat de travail.

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

Le maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations mentionnées dans la présente notice d'information excepté pour le PARTICIPANT en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement dans les conditions prévues par la présente notice d'information.

1.3. MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

1.3.1 Maintien des garanties prévoyance au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale : la « portabilité des droits »

Sous réserve pour l'ADHÉRENT d'être soumis aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit du PARTICIPANT dont le contrat de travail est rompu dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

1.3.1.1 Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profite effectivement le PARTICIPANT 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.

1.3.1.2 Effet et durée du maintien des garanties

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, arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

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, quel qu'en soit le motif,

La suspension des garanties résultant, notamment, du défaut de paiement des cotisations par l'ADHÉRENT, produit ses effets à l'égard du PARTICIPANT dont l'affiliation est maintenue en application du présent point.

1.3.1.3 Obligations déclaratives du PARTICIPANT

Le PARTICIPANT s'engage à 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.

1.3.1.4 Garanties

Le PARTICIPANT bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail, sous réserve de l'application du dernier alinéa du présent point.

Toutefois, les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L.1226-1 du Code du travail et celles prévues par tout autre convention ou accord collectif de travail 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 contractuellement, perçue au cours des douze derniers mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de ce dernier.**

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la Rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la Rémunération brute servant de base aux 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.

En cas d'Incapacité Temporaire de Travail, le PARTICIPANT ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes payeurs 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 pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

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.

1.3.1.5 Financement

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

1.3.2 Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, 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.

1.3.3 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 le Titre II de la présente notice.

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 aux points 1.8.2 et 1.8.3 de la présente notice d'information continue de produire ses effets tant que le contrat ou l'avenant d'adhésion reste en vigueur.

1.3.4 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 du point 1.3.1 de la présente notice d'information) ou d'évolution dans une autre Catégorie que celle figurant à la deuxième page de la présente notice d'information, le Risque Décès cesse d'être garanti par l'INSTITUTION, ceci sans préjudice des stipulations de la présente notice d'information concernant l'exonération des cotisations et le maintien des garanties.

1.4. COTISATIONS

La répartition du coût des cotisations entre l'ADHÉRENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise prévu à l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

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

1.5. EXONÉRATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

1.5.1 Exonération 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 présent au travail chez l'ADHÉRENT,
- ou 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.

1.5.2 Maintien des garanties

Le PARTICIPANT exonéré 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 contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail ou 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,
- pour les garanties Décès, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date du décès.

1.5.3 Cessation de l'exonération 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 dans la présente notice d'information,
- en cas de résiliation du contrat sous réserve des dispositions prévues ci-après.

1.6. EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT VIS-À-VIS DU PARTICIPANT

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

1.6.1 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.

L'INSTITUTION ne saurait être responsable du manquement de l'ADHÉRENT à cette obligation légale.

1.6.2 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 par la présente notice d'information.

Les Prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du décès et la revalorisation de la base des Prestations prévue ci-après, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement du contrat.

Toutefois, si le PARTICIPANT a été affilié au 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.

1.7. BASE DES PRESTATIONS

La Base des Prestations est définie au regard de la Rémunération brute perçue par le PARTICIPANT au cours des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail ou le décès (dite « période de référence »), selon les modalités prévues au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

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 brutes perçues.

Si la période de référence est inférieure à un mois, la Rémunération brute 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, et qui sont 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 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 ci-après.

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

1.8. REVALORISATION

1.8.1 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.

1.8.2 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.

1.8.3 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.

1.8.4 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.

1.9. RECOURS – PRESCRIPTION

1.9.1 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 INSTITUTION.

Par ailleurs, les prestations que l'INSTITUTION verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, constituent une avance sur recours. En conséquence, le PARTICIPANT, le bénéficiaire subroge expressément l'INSTITUTION dans ses droits ou actions contre l'assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Le PARTICIPANT victime d'un dommage causé par un tiers responsable, ou le bénéficiaire doit en informer l'INSTITUTION lors de la demande de prestation.

1.9.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, que du jour où l'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 ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'ADHÉRENT, du PARTICIPANT, du Bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'INSTITUTION a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'ADHÉRENT, le PARTICIPANT, ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à **cinq ans** en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à **dix ans** pour les garanties nées 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 :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par l'INSTITUTION à l'ADHÉRENT
- en ce qui concerne le règlement de la prestation de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par le PARTICIPANT, ou le Bénéficiaire à l'INSTITUTION.

Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

1.10. RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, 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 les PARTICIPANTS 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, 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'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

1.11. CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

1.12. DISPOSITIONS DIVERSES

1.12.1 Protection des données à caractère 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'INSTITUTION, 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.

TITRE II – DÉFINITION DES GARANTIES

2.1 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

2.1.1 Définitions et conditions des garanties

Pour l'application des présentes garanties sont assimilés au Conjoint :

- les Partenaires liés par un PACS à la date du Sinistre, avec ou sans Enfant à charge,
- les Concubins tels que définis dans la première partie de la présente notice d'information à la date du Sinistre, avec ou sans Enfant à charge.

2.1.1.1 Capital Décès « Toutes Causes »

En cas de décès du PARTICIPANT, l'INSTITUTION verse au(x) Bénéficiaire(s) un capital décès dont le montant figure au tableau des garanties en annexe du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.. à la Base des Prestations définie à l'article 1.7 de la présente notice d'information. Il est dépendant ou indépendant de la situation de famille selon le régime de garanties souscrit par l'ADHÉRENT.

Des majorations pour Enfant(s) à charge peuvent être appliquées, conformément aux taux figurant au tableau de garanties.

2.1.1.2 Majoration Décès par Accident

L'INSTITUTION verse au Bénéficiaire, en cas de décès par Accident, un capital supplémentaire dont le montant, fixé en pourcentage du Capital décès « Toutes Causes », figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières .

Ce capital est versé à condition :

- que le décès soit consécutif à un Accident du PARTICIPANT,
- que le décès survienne dans un délai maximum d'un an après la date de l'Accident, des suites des blessures ou lésions constatées à cette occasion,
- et que le contrat soit toujours en vigueur à la date du décès, excepté si le PARTICIPANT est indemnisé au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail ou de l'invalidité lors de la résiliation du contrat.

La preuve de la relation directe entre l'Accident et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'Accident incombent au(x) Bénéficiaire(s) du capital.

2.1.1.3 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est complémentaire aux garanties Décès « Toutes Causes » et Rente Education.

On entend par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), 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.

Le PARTICIPANT doit en outre être classé en invalidité de 3^e 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 de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du PARTICIPANT, reconnue par l'INSTITUTION, celle-ci lui verse :

- le Capital Décès « Toutes Causes »,
- les Rentes Education définies ci-après,

sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, excepté si le PARTICIPANT est indemnisé au titre de l'Incapacité Temporaire de travail ou de l'invalidité lors de la résiliation du contrat.

Le capital incluant les majorations pour Enfant(s) à charge est versé au PARTICIPANT à compter de la consolidation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

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

2.1.1.4 Rente Education

Si l'ADHÉRENT a souscrit cette garantie, l'INSTITUTION verse, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du PARTICIPANT ayant au moins un enfant à charge telle que définie ci-dessus, une Rente Education à chaque Enfant à charge au jour du Sinistre.

Le montant annuel de la Rente est fixé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières en pourcentage de la Base des Prestations sans pouvoir excéder au total pour l'ensemble des rentes versées aux différents enfants du foyer, **quatre-vingt pourcent (80 %) de la base de calcul des prestations.**

Il est forfaitaire et indépendant de l'âge de l'Enfant, la rente est alors dite constante.

La rente est doublée pour les orphelins des deux parents **sans pouvoir excéder au total pour l'ensemble des rentes versées aux différents enfants du foyer, cent soixante pourcent (160 %) de la base des prestations.**

En cas de versement des Rentes Education par anticipation (cas de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie), 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 à terme échu. 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 versées après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G., C.R.D.S et impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'INSTITUTION a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

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 du point 1.1 de la présente notice d'information.

2.1.1.5 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 figure au tableau des garanties en annexe du contrat d'adhésion ou des 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.

2.1.1.6 Frais d'Obsèques

L'INSTITUTION verse une allocation dont le montant est fixé au tableau des garanties en annexe du contrat d'adhésion ou des conditions particulières. Cette allocation est versée :

- 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.

Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

2.1.1.7 Engagement maximum en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie, le cumul des prestations versées par l'INSTITUTION au titre d'un même PARTICIPANT ne peut excéder quatre-vingt (80) fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Dans cette limite sont compris les capitaux garantis, et le cas échéant les capitaux constitutifs des rentes à servir. Ces derniers sont calculés sur la base :

- des tables de mortalité réglementaires TGH TGF 05 auxquelles s'ajoute, pour les rentes éducation, la loi de poursuite d'étude propre à l'INSTITUTION (qu'il tient à disposition sur simple demande)
- du taux d'intérêt technique,

en vigueur à la date du décès.

En cas de dépassement du plafond précité, et, le différentiel des prestations viendrait en déduction des prestations dans l'ordre de priorité suivant :

- majoration décès par accident,
- capital décès « toutes causes »,
- capitaux constitutifs des rentes éducation.

2.1.2 Bénéficiaires

À 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 des garanties Décès « toutes causes », et majoration décès par accident en cas de décès d'un PARTICIPANT est (sont) :

- le Conjoint survivant du PARTICIPANT à condition qu'il ne soit pas séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est retranscrite à l'état civil) au moment du décès, ou le Partenaire du PARTICIPANT lié par un PACS ou le Concubin tel que défini dans la présente notice d'information 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, des deux parents 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.

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 (des) Bénéficiaire(s) nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'INSTITUTION de les contacter, en cas de décès. La désignation du (ou des) Bénéficiaire(s) 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) Bénéficiaire(s), par annulation du PARTICIPANT ou en cas de révocation prévue par le Code Civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique.

Des règles spécifiques à chacune des garanties définies aux points 2.1.1.3 et 2.1.1.5 ci-dessus sont appliquées pour l'attribution de leur bénéfice.

CAS PARTICULIERS

- Les majorations du Capital Décès résultant de la présence d'Enfant(s) à charge au sens de la présente notice d'information sont attribuées :
 - au parent survivant, s'il est Bénéficiaire,
 - ou, à défaut, au(x) Enfant(s) à charge, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.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.
- Au cas où le Bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le capital Décès déduction faite des éventuelles majorations pour Enfant à charge, 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.

2.2 GARANTIE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.2.1 Définitions et conditions de la 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 dans le Titre III de la présente notice d'information.

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.

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 apprécier l'état d'incapacité temporaire de travail.

Selon le régime souscrit par l'ADHÉRENT, la période de versement des Prestations par l'INSTITUTION prend effet :

- soit pour le Régimes 3, au terme d'une période de franchise convenue avec l'ADHÉRENT et définie au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières;
- soit pour les Régimes 1 et 2 en relais et en complément des garanties de maintien de salaire prévues dans la convention collective ou l'accord collectif applicable à l'ADHÉRENT, c'est-à-dire dès qu'il n'y a maintien de salaire partiel au titre de cette convention ou de cet accord, dans les conditions prévues au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

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

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 prévues dans le Titre III de la présente notice d'information,

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.

2.2.2 Montant de la garantie

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application du taux figurant au tableau des garanties en annexe du contrat d'adhésion ou des conditions particulières à la Base des Prestations sous déduction des Prestations brutes servies par la Sécurité sociale et selon le régime de garanties retenu par l'ADHÉRENT divisé par 365.

Lorsque l'INSTITUTION intervient en complément des garanties de maintien de salaire prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'ADHÉRENT, il sera également déduit la fraction de salaire perçue par le PARTICIPANT au titre de cette convention ou de cet accord.

2.2.3 Règle 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 dans la présente notice d'information revalorisée s'il y a lieu en application des dispositions de la présente notice d'information,
- de la fraction de salaire versée au PARTICIPANT dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versée au titre d'une convention ou d'un accord collectif,
- 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. Dans ce dernier cas, 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 qui s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de la présente notice d'information.

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.

2.2.4 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 de Travail indemnisée par l'INSTITUTION, il n'est pas fait application de la franchise visée ci-dessus et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

2.2.5 Versement des indemnités journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans le Titre III de la présente notice d'information 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 la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'INSTITUTION.

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, après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G., C.R.D.S et impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'INSTITUTION a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.3. GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ

2.3.1 Définitions et conditions de la rente

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout 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), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement

et reconnue par l'INSTITUTION, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'INSTITUTION, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
- invalidité de 1^{er} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- invalidité de 3^e 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.

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par l'INSTITUTION, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'INSTITUTION selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33 %. Le PARTICIPANT doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % est assimilée à une invalidité permanente de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale.

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

Aucune prestation n'est due par l'INSTITUTION si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33 %.

Il est précisé que le médecin conseil de l'INSTITUTION n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre le PARTICIPANT à un contrôle médical dans les conditions prévues par l'article 3.1.6 de la présente notice d'information. En cas de contestation, le PARTICIPANT peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale.

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle le PARTICIPANT cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'INSTITUTION conformément à l'article 3.1.6 « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel le PARTICIPANT atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie).
- en tout état de cause au décès du PARTICIPANT.

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

2.3.2 Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant au tableau des garanties en annexe du contrat d'adhésion ou des conditions particulières à la Base des Prestations, selon le classement par l'INSTITUTION du PARTICIPANT en 1^{er}, 2^e, ou 3^e catégorie d'invalides, sous déduction des Prestations brutes versées par la Sécurité sociale hors majoration tierce personne, selon les dispositions mentionnées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

CAS PARTICULIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les Prestations prévues pour la 2^e catégorie et la 3^e catégorie d'invalides peuvent être accordées aux PARTICIPANTS reconnus invalides par l'INSTITUTION à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 66 %.

Si le taux d'incapacité fonctionnelle est compris entre 33 % et 66 %, le montant de la rente prévu pour la 2^e catégorie d'invalides est affecté du coefficient minorant de $3n/2$ (n étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

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

2.3.3 Règle 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 dans la présente notice d'information revalorisée s'il y a lieu en application des dispositions de la présente notice d'information,
- de la fraction de salaire perçue par le PARTICIPANT dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur au titre d'une convention ou d'un accord collectif,
- 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. Dans ce dernier cas, 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 qui s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de la présente notice d'information.

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

2.3.4 Versement de la rente

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini dans le Titre III de la présente notice d'information.

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

2.4. RISQUES EXCLUS

Exclusions applicables aux Risques Décès, Invalidité et Incapacité Temporaire de Travail

1. Sont exclus des garanties décès toutes causes, Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente d'éducation, frais d'obsèques, les décès résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels provoqués par le PARTICIPANT,
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages 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,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'INSTITUTION sur la base des déclarations de l'ADHÉRENT dans les conditions exposées aux Conditions Générales.

Pour le PARTICIPANT déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,

- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

2. Sont exclus des garanties décès accidentel et Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle, incapacité temporaire de travail-invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels provoqués par le PARTICIPANT,
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),

- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, ou de sabotages 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,
- des conséquences de la participation volontaire et violente du PARTICIPANT à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si le participant est en état de légitime défense,
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'INSTITUTION sur la base des déclarations de l'ADHÉRENT dans les conditions exposées aux Conditions Générales,
- pour le PARTICIPANT déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,
- d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, le PARTICIPANT avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R.234-1 du Code de la route, si le PARTICIPANT est reconnu comme étant responsable de l'accident,
- d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée au PARTICIPANT et valable à la date de l'évènement,
- de la navigation aérienne du PARTICIPANT :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être le PARTICIPANT lui-même,
 - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé,
- de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur,
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire,
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique de sports à titre professionnel,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de sécurité affichées ou annoncées,
- d'activités professionnelles dans les airs sous la mer et/ou sous la terre.

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.

TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

3.1 CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

3.1.1 Déclaration des Sinistres

Les PARTICIPANTS, l'ADHÉRENT et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour mettre en œuvre les garanties du contrat et le versement des prestations correspondantes, de fournir à l'INSTITUTION les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous. 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 se réserve le droit de vérifier l'exactitude des informations communiquées et 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(s) 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.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du PARTICIPANT entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations conformément aux dispositions de l'article 1.2.5 de la présente notice d'information même pour la part correspondant le cas échéant à un Sinistre réel.

3.1.2 Liste des pièces justificatives

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Deces Toutes Causes	PTIA Toutes Causes	Double Effet Conjoint	Rente D'éducation	Frais D'obseques	Deces Accidentel	Incapacite Temporaire	Invalide - 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 du PARTICIPANT, 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
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 ^e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 %		X						X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré 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			
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année								
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)								
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
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année								
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)								
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'invalidité 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	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X			
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.							X	

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

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

3.1.3 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.

À défaut, l'INSTITUTION se réserve le droit de suspendre ses Prestations.

3.1.4 Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

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

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat 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'elle jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'INSTITUTION dans les **30 jours, et à période de franchise atteinte** sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant 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), **cette dernière retiendra** sans contrevir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Dans le cas spécifique de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, un **certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'organisme assureur**, 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 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.

3.1.5 Contrôles médicaux

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.

À toute époque, les médecins missionnés par l'INSTITUTION doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie un libre accès auprès du PARTICIPANT en état d'Incapacité Temporaire de Travail 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 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.

3.1.6 Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès

3.1.6.1 À compter de la date du décès du PARTICIPANT (ou de décès du Conjoint ou assimilé, assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le capital forfaitaire, l'allocation forfaitaire ou les arrérages de rente dus par l'INSTITUTION sont revalorisés jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat.

Ils produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Toutefois, la revalorisation post-mortem ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

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

3.1.6.2 Dans les **30 jours** qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'INSTITUTION verse la prestation en cas de décès au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) par la présente notice d'information. 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 à vos côtés

Parce que personne n'est à l'abri de moments difficiles dans la vie, chez Malakoff Humanis, des femmes et des hommes se mobilisent, au quotidien, pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin.

Nos aides sont susceptibles d'évoluer chaque année et sont attribuées sous condition de ressources et en complément des dispositifs publics.

Handicap : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

Aidants : des solutions concrètes pour ceux qui prennent soin au quotidien d'un proche malade, âgé ou en situation de handicap.

Cancer : un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles.

Bien-vieillir : des réponses aux questions qui se bousculent à l'approche de la retraite et des solutions pour préparer ce changement sereinement.

Fragilités sociales : des services qui protègent les salariés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

Les équipes Malakoff Humanis sont présentes en délégations régionales pour vous assurer une réponse de proximité.

N'hésitez pas à les contacter pour en savoir plus sur nos aides et leurs conditions d'attribution.

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des salariés.

- Par téléphone : **3996*** (service gratuit + prix d'un appel local)
Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30
* Hors métropole : 09 74 75 39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)
- Par internet : Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com