



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

**CONVENTION COLLECTIVE DU 18 JUILLET 1977
RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE
COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR LES SALARIES
NON AFFILIES A L'AGIRC DES EXPLOITATIONS
FORESTIERES DE BASSE-NORMANDIE ET LES
PROPRIETAIRES SYLVICULTEURS DE L'ORNE**

**CONDITIONS GÉNÉRALES
RÉGIME DE PRÉVOYANCE CONVENTIONNEL**

(Références CG-Accord Exploitations forestières Basse-Normandie. – PREV – 01.2019)

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	3
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 2 – DURÉE – PRISE D’EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT	3
ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	4
ARTICLE 4 – PARTICIPANTS.....	4
ARTICLE 5 – INFORMATION DES PARTICIPANTS	5
TITRE II DEFINITION DES GARANTIES	6
CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES	6
ARTICLE 6 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT.....	6
ARTICLE 7 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	6
ARTICLE 8 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE (PTIA)	7
ARTICLE 9 – ALLOCATION OBSEQUES.....	7
ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES.....	7
ARTICLE 11 – FORMALITES A ACCOMPLIR.....	7
CHAPITRE II GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	8
ARTICLE 12 – MAINTIEN DE SALAIRE	8
ARTICLE 13 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	9
ARTICLE 14 – INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTES.....	10
ARTICLE 15 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 12, 13 et 14).....	10
ARTICLE 16 – CONTROLE MEDICAL.....	11
ARTICLE 17 – FORMALITES A ACCOMPLIR	11
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
ARTICLE 18 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	13
ARTICLE 19 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	15
ARTICLE 20 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	15
ARTICLE 21 – PAIEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 22 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES.....	16
ARTICLE 23 – BASE DES PRESTATIONS.....	16
ARTICLE 24 – REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	17
ARTICLE 25 – RESILIATION DU CONTRAT D’ADHESION	17
ARTICLE 26 – REPRISE DE PASSIF.....	18
ARTICLE 27 – RISQUES EXCLUS.....	19
ARTICLE 28 – DÉCLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET RÉGULARISATION.....	19
ARTICLE 29- PRINCIPE DE SOLIDARITE.....	19
ARTICLE 30 – PRESCRIPTION	20
ARTICLE 31 – CLAUSE DE SUBROGATION.....	20
ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	20
ARTICLE 33 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES.....	21
ANNEXE I : Tableau de garanties prévoyance	24

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux ont signé un avenant à la Convention Collective de Travail du 18 juillet 1977 (ci-après dénommé « l'Accord ») modifiée sur la mise en place d'un contrat complémentaire Prévoyance au profit des salariés agricoles relevant du champ d'application de la Convention Collective, non affiliés à l'AGIRC des exploitations Forestières de Basse-Normandie et les propriétaires Sylviculteurs de l'Orne suivant les conditions d'ancienneté prévues pour chacune des garanties.

En outre, conformément à la Convention collective des exploitations forestières et propriétaires forestiers sylviculteurs basse Normandie et Orne du 18 juillet 1977 ainsi que de ses avenants, Humanis Prévoyance prévoit une garantie complémentaire dite « maintien de salaire » dans le cadre de la couverture collective et obligatoire de prévoyance. Les modalités de la garantie maintien de salaire sont définies à l'article 12 des présentes Conditions Générales.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire (dénommé ci-après « le contrat »), conclu par l'entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord précité, est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Bulletin d'Adhésion.

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

Il est souscrit par la personne morale désignée au Bulletin d'Adhésion, et ci-après dénommée « l'Adhérent », auprès de Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75009), 21 rue Laffitte, dénommée ci-après « l'Institution »

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que des modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 2 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUELEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée par l'Institution au Bulletin d'adhésion, dûment complété et signé par l'entreprise et retourné contresigné par l'Institution. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, effectuée par lettre recommandée, et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation du contrat par l'Adhérent doit être adressée à l'Institution par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Cette résiliation peut également être formalisée par l'entreprise souscriptrice par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

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

L'Institution peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'Adhérent au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'Adhérent en dehors du champ d'application de l'Accord, l'entreprise doit notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation.

ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les cotisations et les garanties sont révisables dans les conditions prévues par l'Accord.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité Sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

ARTICLE 4 – PARTICIPANTS

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés entrant dans la catégorie assurée, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) à la date d'effet du contrat de l'employeur devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".
2. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie de salariés assurée.
3. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son contrat, si l'Institution entre dans le périmètre de la DSN.
4. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation dûment renseignée par chaque Participant si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN
5. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour elle qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie assurée ou en sort, notamment en cas de départ de l'entreprise, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN
6. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'employeur
7. Déclarer à l'Institution tout salarié au contrat de travail suspendu en cours de contrat qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 18.2.
8. Communiquer le formulaire type "Déclaration de portabilité" dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de prévoyance au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale
9. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations, l'effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au présent contrat, ventilée par tranches soumises à cotisations sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
10. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN, afin de permettre l'ajustement des cotisations éventuellement nécessaire par l'Institution au cours du premier semestre de l'année suivante.

11. Déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tous les salariés :
- en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
 - qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution.

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

ARTICLE 5 – INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Institution réalise une notice d'information adressée aux Adhérents, à charge pour ces derniers de la remettre à chacun des Participants concernés lors de la mise en place du contrat et lors de toute nouvelle affiliation.

Cette notice définit :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription ;
- les obligations pesant sur l'Adhérent et les Participants, telles qu'elles sont prévues par l'Accord.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'Adhérent est tenu d'informer chaque Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

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

ARTICLE 5 BIS – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

Les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise au régime et répondant aux conditions d'ouverture du droit, seront pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans le contrat d'assurance.

Les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'organisme assureur sont garantis à la date d'adhésion de l'entreprise au régime pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures des prestations arrêt de travail réglées par un précédent assureur à la date d'effet de l'adhésion d'une entreprise à l'accord départemental sont prises en charge par l'Institution.
- la reprise des garanties décès maintenues par un précédent assureur au titre d'une incapacité temporaire de travail ou incapacité permanente professionnelle ou invalidité en cours à la date d'adhésion de l'entreprise à l'accord départemental, est accordée, sans impact tarifaire, dès lors qu'il y a :
 - ❖ d'une part communication par l'entreprise d'un état détaillé de ces bénéficiaires, dans les 45 jours, suivant la date d'adhésion,
 - ❖ et d'autre part, transfert de la totalité des provisions mathématiques règlementaires (correspondant au maintien de la garantie décès) de l'ancien assureur vers l'Institution.

En l'absence de contrat de prévoyance antérieur, l'organisme assureur couvrira l'intégralité des garanties définies dans la présente convention pour les arrêts de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, y compris ceux pour lesquels l'obligation de complément de salaire par l'employeur a pris fin avant cette date, sous réserve que l'entreprise déclare dans le trimestre civil suivant la date d'adhésion, les arrêts de travail en cours à cette date.

Dans ces situations, le risque arrêt de travail étant déjà survenu, le coût afférent à cette prise en charge par l'organisme assureur correspond techniquement au montant des provisions mathématiques afférentes à constituer lors de cette reprise de passif.

L'organisme assureur pourra demander à l'entreprise nouvellement adhérente un complément de cotisations permettant le financement de cette reprise de passif.

TITRE II DEFINITION DES GARANTIES

CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES

ARTICLE 6 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Est considéré comme ayant-droit du participant :

- le **conjoint** du participant c'est-à-dire la personne liée à ce dernier par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **cocontractant d'un PACS** (Pacte Civil de Solidarité) c'est-à-dire la personne ayant conclu avec le participant un PACS dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **concubin** c'est-à-dire la personne vivant avec le participant en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation, sous réserve que les concubins ne soient par ailleurs ni mariés, ni liés par un PACS.

La preuve du concubinage se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement d'un justificatif de domicile commun.

La condition de durée de deux ans dans le cas précité est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de cette union.

- **les enfants à charge** du participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, s'ils sont :

✓ âgés de moins de 21 ans et s'ils bénéficient du régime social du participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,

✓ âgés de moins de 26 ans et s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits, à ce titre, au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection Universelle Maladie (PUMA)

✓ âgés de moins de 26 ans s'ils sont sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,

✓ atteints d'une infirmité, quel que soit leur âge, telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et s'ils perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les enfants handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'AAH mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme à charge,

✓ nés « viables » moins de 300 jours après le décès du participant,

✓ les ascendants à charge c'est-à-dire les personnes ascendantes du participant à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

ARTICLE 7 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès d'un participant, quelle que soit son ancienneté et quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des risques exclus à l'article 27 des présentes Conditions Générales, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s), à ses ayants droit tels que définis à l'article 6 ci-avant ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès, un capital dont le montant est précisé au sein de l'annexe I.

Ce capital peut comporter une majoration par enfant à charge telle que définie à l'article 6.

ARTICLE 8 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA, il est versé, en une seule fois, par anticipation, au participant les capitaux décès prévus à l’article 7 ci-avant.

Ce versement est effectué à condition que le participant en fasse la demande, indépendamment de la rente d’incapacité permanente ou d’invalidité qui lui est servie.

Le décès postérieur du participant n’ouvre plus droit au capital « décès toutes causes ».

Le participant est considéré en état de PTIA s’il est classé :

- soit en invalidité de 3ème catégorie telle que définie à l’article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- soit en situation d’incapacité permanente au titre d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au taux de 100 % lui interdisant toute activité rémunérée et avec l’obligation d’avoir recours à l’assistance d’une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

ARTICLE 9 – ALLOCATION OBSEQUES

En cas de décès du conjoint, du concubin justifiant de deux années de vie communes ou du partenaire d’un PACS ou d’un enfant à charge du participant, tels que définis à l’article 6 ci-avant, il est versé une allocation obsèques dont le montant est précisé au sein de l’Annexe I des présentes conditions générales.

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

ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES

10.1 Désignation d’un ou de bénéficiaire(s) par le participant

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l’objet d’une désignation écrite et formelle de la part du Participant auprès de l’Institution.

Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l’Institution intitulé « désignation de bénéficiaires du capital décès » et en le retournant à cette dernière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le Participant peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l’Institution en cas de décès du Participant.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment pendant la période d’assurance en indiquant, par écrit, à l’Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

10.2 Clause type de désignation de bénéficiaire

En l’absence de désignation expresse, en cas de prédécès de l’ensemble des bénéficiaires désignés ou lorsqu’il y a révocation de la désignation pour survenance d’enfant comme stipulé à l’article 960 du Code Civil, le capital est attribué aux ayants droit du participant tels que définis à l’article 6 ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire n’a pas la garde des enfants à charge du Participant ou n’en assure pas l’entretien si ceux-ci sont majeurs, le montant du capital décès versé à ce bénéficiaire ne comprend pas le montant de la majoration pour enfant à charge qui sera attribué, par parts égales, à ces derniers.

ARTICLE 11 – FORMALITES A ACCOMPLIR

Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l’Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l’événement.

Les pièces justificatives à fournir à l’Institution en cas de sinistre et en cours de service sont notamment :

- La déclaration de décès (formulaire type de l’Institution) ;
- Un extrait d’acte de décès et/ou un extrait d’acte de naissance du Participant ;

- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires ;
- Les photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation ;
- S'il y a lieu une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie ;
- Une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le(s) concernant ;
- La photocopie du livret de famille du Participant, un certificat d'hérédité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire et de non divorce ;
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du Participant ;
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des personnes à charge ;
- Un RIB ou RIP du bénéficiaire pour le versement des prestations sous forme de rentes ;
- Un certificat de scolarité ou d'alternance pour les enfants de plus de 16 ans.
- Pour la prestation Allocation Obsèques, un justificatif des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de douze ans

CHAPITRE II GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 12 – MAINTIEN DE SALAIRE

12.1 Définition et conditions de la garantie

Dès lors que le Participant justifie de six mois d'ancienneté continue chez l'Adhérent, l'Institution verse à l'Adhérent en cas d'Incapacité Temporaire de Travail (absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de la maladie ou d'accident dûment constaté par certificat médical, et contre-visite s'il y a lieu) du participant des indemnités journalières couvrant ses obligations conventionnelles selon l'ancienneté du Participant.

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

- d'avoir justifié dans les 48h de cette incapacité.
- d'être pris en charge par la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union Européenne ou dans un pays ayant passé une convention de réciprocité.

12.2 Montant et durée d'indemnisation

➤ Début de l'indemnisation

Lors de chaque arrêt de travail, les délais d'indemnisation commenceront à courir à compter :

- ❖ 1er jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle hors accident de trajet ;
- ❖ du 8e jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Pour le calcul des indemnités dues au titre d'une période de paie, il sera tenu compte des indemnités déjà perçues par l'intéressé durant les douze mois antérieurs, de telle sorte que, si plusieurs absences pour maladie ou accident ont été indemnisées au cours de ces douze mois, la durée totale d'indemnisation ne dépasse pas celle applicable en vertu des alinéas précédents.

Les garanties ci-dessus accordées s'entendent déduction faite des allocations que l'intéressé perçoit de la MSA et des régimes complémentaires de prévoyance, mais en ne retenant, dans ce dernier cas, que la part des prestations résultant des versements de l'employeur. Lorsque les indemnités des Assurances Sociales sont réduites du fait, par exemple, de l'hospitalisation ou d'une sanction de la Caisse pour non-respect de son règlement intérieur, elles sont réputées être servies intégralement.

La rémunération à prendre en considération est celle correspondant à l'horaire pratiqué, pendant l'absence de

l'intéressé dans l'établissement ou partie d'établissement. Toutefois, si par suite de l'absence de l'intéressé, l'horaire du personnel restant au travail devait être augmenté, cette augmentation ne serait pas prise en considération pour la fixation de la rémunération.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

« La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté. »

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

En tout état de cause, ces garanties ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Les salariés ainsi rémunérés sont réputés remplis des droits qu'ils tiennent de l'article 7 de l'accord interprofessionnel du 10 décembre 1977 rendu applicable aux salariés de l'agriculture par la Loi du 30 décembre 1988, et de la loi de modernisation du marché du travail du 25 juin 2008.

➤ Montant et durée de l'indemnisation

Le salarié bénéficiera d'une garantie de salaire égale à un pourcentage de la rémunération brute pendant une durée calculée en fonction de son ancienneté, selon les modalités figurant au sein de l'Annexe I sous déduction des prestations servies par la MSA.

12.3 Cessation de la garantie

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

- dès que la MSA cesse de verser ses indemnités journalières,
- dès que le participant reprend son activité professionnelle,
- à la date de rupture du contrat de travail,

- à la date à laquelle le participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),

- à la fin des obligations conventionnelles de l'Adhérent au titre du Maintien de salaire.

ARTICLE 13 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

13.1 Définition et conditions de garantie

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale, le Participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie, professionnel ou non, et qui bénéficie à ce titre du versement des indemnités journalières de la MSA, au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Cette prestation est versée à l'Adhérent si le Participant fait encore partie de l'effectif ou directement à ce dernier dans le cas contraire.

Ses modalités sont décrites au sein de l'Annexe I aux présentes Conditions Générales.

13.2 Prestations

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient à condition pour le Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise :

- d'avoir justifié par certificat médical dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la MSA ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union Européenne.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

« La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté. »

Le versement des prestations complémentaires intervient à l'expiration des droits résultants du maintien de salaire.

Ces indemnités journalières s'ajoutent aux allocations que l'intéressé perçoit de la MSA.

En tout état de cause, les indemnités journalières dues au titre du présent accord, cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature, ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Le salaire journalier de référence est égal au salaire journalier calculé par la MSA.

13.3 Durée des prestations incapacité de travail

Les prestations sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la MSA. Le versement cesse à la survenance d'un des événements suivants :

- dès la fin du versement des indemnités journalières de la MSA ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la MSA ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 14 – INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTES

14.1 Définition et conditions de garantie

En cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66,66 % ou en cas d'invalidité reconnue par la MSA de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, le Participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution, dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I aux présentes conditions générales.

Le salaire brut pris en compte correspond au 12^{ème} des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédents la date de l'arrêt de travail.

Elle s'ajoute à celle versée par la MSA et son versement débute dès le versement de la pension d'invalidité ou d'incapacité permanente de la MSA.

En revanche, elle ne se cumule pas avec les indemnités journalières versées au titre de l'incapacité temporaire.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et régime complémentaire ne peut excéder le salaire net perçu par l'intéressé en activité.

14.2 Durée des prestations invalidité

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité permanente par la MSA (date d'effet de la notification).

La rente est versée aussi longtemps que le bénéficiaire perçoit une pension de la MSA. Elle est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

Le versement cesse à la survenance d'un des événements suivants :

- à la date de la liquidation de la pension vieillesse du participant ;
- à la date à laquelle le participant peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein ;
- au décès du participant
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66,66% (pour la garantie incapacité permanente).

ARTICLE 15 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 12, 13 et 14)

Le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la Sécurité sociale ou de la MSA, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnités chômage, et des indemnités ou rentes complémentaires versées au titre du présent contrat, toutes ces sommes étant considérées en net, ne peut pas conduire à verser au participant une somme supérieure à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Le complément de pension accordé par la MSA, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3^{ème} catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation due est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il peut être réclamé au participant indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

ARTICLE 16 – CONTROLE MEDICAL

A effet du 1er janvier 2019, les dispositions contractuelles relatives au contrôle médical sont aménagées comme suit:

1. Le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'organisme assureur se base sur les conclusions de son médecin conseil pour apprécier l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité du participant ou procéder au classement des invalides.

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

A toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du participant.

Les décisions de l'organisme assureur, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'elle a missionné, sont notifiées au participant par courrier recommandé. Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée au service médical de l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant, le participant et l'organisme assureur choisissent un médecin tiers pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du participant.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au participant et à l'organisme assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

En sus de ce contrôle mené à l'initiative de l'organisme assureur, l'entreprise souscriptrice du contrat donne mandat à l'organisme assureur pour diligenter en son nom et pour son compte des contre-visites médicales, à l'encontre d'un participant, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite lui seront transmis.

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée supra et aboutir également à une suspension ou cessation des versements. »

ARTICLE 17 – FORMALITES A ACCOMPLIR

Outre les pièces justificatives spécifiques à chaque garantie, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement.

Les pièces à fournir devront être envoyées dans un délai de 30 jours suivant le début de l'arrêt de travail.

Les pièces justificatives à fournir à l'Institution en cas de sinistre et en cours de service des prestations sont notamment :

✓ Incapacité temporaire

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution) ;
- Les décomptes d'indemnités journalières de la MSA ;
- Le certificat médical initial d'arrêt de travail ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- En cas de rechute reconnue comme telle par la MSA, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

✓ Invalidité permanente

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire type de l'Institution) ;
- La notification d'attribution de pension ou de la rente d'invalidité permanente, émanant de la MSA au moment de l'ouverture des droits ;
- Le justificatif de paiement de la rente de la MSA ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- Un RIB du bénéficiaire ;
- En cas d'incapacité de travail, une copie de l'attestation à destination des organismes gérant les assurances chômage « Pôle Emploi » si le Participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.

TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 18 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

18.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du Participant sous réserve, concernant les garanties « maintien de salaire », « Incapacité temporaire de travail » et « Invalidité et incapacité permanentes » que ce dernier ait au moins six mois d'ancienneté continue chez l'Adhérent. La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le participant acquiert six mois d'ancienneté.

Ainsi, les garanties prennent effet

- à la date d'effet du contrat pour tous les salariés entrant dans la catégorie assurée présents à cette date ;
- ultérieurement au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel la condition d'ancienneté est satisfaite pour les garanties « maintien de salaire », « Incapacité temporaire de travail » et « Invalidité et incapacité permanentes ».

18.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au contrat et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès peuvent continuer à être accordées, **sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.**

L'Adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence, au profit des participants dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'Adhérent.

18.3 Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution assure aux participants couverts collectivement par les garanties prévoyance, le maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

L'Adhérent signale le maintien des garanties dans le contrat de travail et informe l'Institution de la rupture du contrat de travail et lui transmet le formulaire de portabilité de l'Institution, dûment complété. Le participant doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'Institution et notamment le justificatif d'ouverture des droits à l'assurance chômage ainsi que les justificatifs de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez l'Adhérent.

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle le participant reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle le participant ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès que le participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle Emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage/retraite) ;
- en cas de décès du participant ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

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

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

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

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

Le présent article est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

18.5 Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation du participant

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

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

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

18.6 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, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 23 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

18.7 Sort des prestations en cas de changement d'organisme assureur

En cas de dénonciation de la Convention Collective ou de l'avenant relatif au régime de prévoyance, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date, dans l'hypothèse où les partenaires sociaux ne procéderaient pas à la désignation d'un nouvel organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, l'Institution transférera au nouvel assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de résiliation et au maintien des garanties Décès, ainsi que l'ensemble des éléments financiers relatifs au régime de prévoyance. Ces provisions mathématiques seront calculées sur la base des prestations à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, en application de la réglementation en vigueur.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement des dites prestations jusqu'à leur terme. L'Institution sera de ce fait libérée de toute obligation après transmission de tous les éléments constituant les provisions mathématiques transférées.

Les partenaires sociaux, en application de l'article L912-3 du Code de la Sécurité Sociale, organiseront les modalités de poursuite des revalorisations futures avec le nouvel organisme assureur.

ARTICLE 19 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le participant ne relève plus du champ d'application de la convention collective du 18 juillet 1977 ;
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garanti ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du participant ;
- en cas de cessation du contrat de travail, les garanties cessent à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier ;
- à la date d'effet de la dénonciation de la convention collective du 18 juillet 1977 modifiée ou de résiliation du présent contrat.

En cas de radiation du Participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 18.4 ci-avant.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties décès prévu à l'article 25 des présentes conditions générales.

ARTICLE 20 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des participants, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime, dans la limite des Tranches A et B (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 18.2 et 18.4 ainsi que pour la garantie «garantie invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale » (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) pour lesquelles les cotisations sont intégralement à la charge du Participant et pour la garantie « maintien de salaire » pour laquelle la cotisation est intégralement à la charge de l'Adhérent, le financement du contrat est assuré conjointement par le Participant et l'Adhérent. La part de cotisation du Participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1^{er} jour de l'affiliation.

Les cotisations peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime ou des évolutions législatives et réglementaires, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, et après consultation et accord des partenaires sociaux.

La reprise de passif fait l'objet d'un suivi annuel qui peut entraîner une révision de la cotisation correspondante.

ARTICLE 21 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le versement des cotisations des Participants est assuré par l'Adhérent.

Les cotisations sont annuelles et payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. Les bordereaux sont adressés à l'Adhérent avant la fin du 1^{er} mois du trimestre suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues et la date limite d'exigibilité est fixée au 15 du mois suivant.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des Participants,
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des Participants.

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

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées précédemment.

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

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

ARTICLE 22 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES

EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties dans les cas et conditions visés à l'article 18.2 ci-avant.

MAINTIEN DES GARANTIES

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

ARTICLE 23 – BASE DES PRESTATIONS

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des participants, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et la pêche maritime, **dans la limite des Tranches A et B** (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale) déclarées soit au cours des douze mois précédant l'évènement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la Sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul des prestations.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué au prorata temporis.

Lorsqu'une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires) intervenue entre la date de l'arrêt de travail ou de la reconnaissance de l'invalidité et le décès.

Lorsqu'une période d'incapacité temporaire a précédé la reconnaissance en incapacité permanente professionnelle ou en invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date de l'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente ou de l'invalidité.

ARTICLE 24 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Sont concernées par la revalorisation les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ainsi que la base des prestations. Les prestations en cours de service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO.

La revalorisation s'applique à l'assiette de la prestation pour l'incapacité temporaire de travail et à la prestation elle-même pour les autres prestations concernées.

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO.

ARTICLE 25 – RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 2, le contrat peut être résilié dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

➤ Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 18.

➤ Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

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

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des participants y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 1^{er} février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

➤ 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.

➤ Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

✓ Vis-à-vis de l'ADHERENT

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

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

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par

courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

✓ Vis-à-vis du PARTICIPANT

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

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

Les Prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement. La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

L'article L. 912-3 du code de la Sécurité Sociale prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive des partenaires sociaux 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.

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, sont maintenues aux participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les Prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues au chapitre II.

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

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

ARTICLE 26 – REPRISE DE PASSIF

Les Participants sous contrat de travail à la date du contrat de l'Adhérent et répondant aux conditions d'ouverture du droit, sont pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées au sein des présentes conditions générales sauf à l'être par un organisme complémentaire assurant un niveau supérieur de prestations.

Les salariés des Adhérents ayant régularisé leur affiliation auprès de l'Institution sont garantis à la date du contrat de l'entreprise au régime pour les prestations suivantes :

- pour les personnes en arrêt de travail dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date du contrat de l'Adhérent et non garanties au titre d'un régime existant antérieurement bénéficie de l'ensemble des garanties prévues au présent contrat ;
- pour les personnes en arrêt de travail garanties au titre d'un régime existant antérieurement : Conformément aux obligations découlant des dispositions de l'article L.912-3 du code de la Sécurité sociale, ils bénéficient des revalorisations futures, sous réserve que l'entreprise déclare dans le trimestre civil suivant la date d'adhésion, les arrêts en cours à cette date, y compris ceux pour lesquels l'obligation de complément de salaire par l'employeur a pris fin à cette date.

Le bénéfice des garanties décès, lorsque le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion de l'entreprise au régime, est accordé pour les bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'incapacité permanente ou d'invalidité versées par l'assureur précédent, sous réserve qu'il y ait transfert des provisions mathématiques au nouvel assureur.

Ce bénéfice prendra effet si les entreprises concernées communiquent un état détaillé de ces bénéficiaires, dans le trimestre civil suivant la date d'adhésion.

ARTICLE 27 – RISQUES EXCLUS

Sont garantis par le présent contrat tous les risques de décès, y compris le suicide du participant, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du régime (incapacité temporaire, incapacité et invalidité permanente) ne prévoient pas de clauses d'exclusion.

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

ARTICLE 28 – DÉCLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET RÉGULARISATION

Avant le 31 janvier de chaque année, l'Adhérent doit retourner, par voie dématérialisée à l'Institution, l'état nominatif annuel des salaires de l'exercice précédent.

À défaut, l'Adhérent pourra être mis en demeure de fournir cet état sous quinzaine.

À partir de l'état nominatif annuel des salaires, l'Institution établit chaque année un document d'apurement des cotisations de l'exercice précédent qu'elle adresse à l'Adhérent.

L'Adhérent dispose d'un délai de 15 jours pour régulariser son compte s'il est débiteur.

Dans le cas contraire, le crédit est imputé sur la première cotisation de l'année suivante ou le cas échéant remboursé.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations, notamment celles décrites au présent article du présent protocole, sont applicables à l'apurement des comptes.

En l'absence de communication de l'état nominatif, à l'Institution pourra procéder à toute régularisation sur la base des éléments en sa possession.

L'Adhérent doit mettre à disposition de l'Institution toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

ARTICLE 29- PRINCIPE DE SOLIDARITE

29.1 Mise en œuvre du principe de solidarité :

La couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 29.2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture prévoyance est affectée au financement de ces mesures.

L'Institution rappelle que les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le participant ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'Institution.

29.2 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité comprennent notamment :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer). Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la

production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;

- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;

- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

ARTICLE 30 – 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 ou des bénéficiaires 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 ou les bénéficiaires concernés 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 celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 31 – CLAUSE DE SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'INSTITUTION dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations indemnitaires versées. L'INSTITUTION se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'INSTITUTION n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les dispositions contractuelles relatives à la protection des données personnelles sont actualisées comme suit :
« Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'organisme assureur pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. »

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Institution et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

ARTICLE 33 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES

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).

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

Tèl. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après réponse donnée par l'Institution, et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou, avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés –
75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
mediateur@ctip.asso.fr www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'Action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à la résolution de difficultés ;
- **conseiller** sur les démarches à entreprendre ;
- **étudier** la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

À QUI S'ADRESSER ?

HUMANIS PREVOYANCE
Service social
93 rue Marceau
93187 MONTREUIL cedex

> **N° Azur 811 919 919**

Appel non surtaxé

ANNEXE I : Tableau de garanties prévoyance

	MONTANT DES PRESTATIONS EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT
CAPITAL DECES - PTIA TOUTES CAUSES	
CVDS sans enfant à charge	100 % TAB
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	150 % TAB
Majoration par enfant à charge	25 % TAB
ALLOCATION OBSEQUES	
Décès du conjoint	100 % PMSS
Décès d'un enfant à charge (à partir de 12 ans)	100 % PMSS
MENSUALISATION (sous déduction des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)	
Durée d'indemnisation	12 mois
Franchise pour le participant ayant plus de 6 mois d'ancienneté	0 jour en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle 7 jours dans les autres cas (y compris accident de trajet)
Entre 6 mois et 6 ans	30 jours à 90% puis 30 jours à 66,6%
Entre 6 et 11 ans	40 jours à 90% puis 40 jours à 66,6%
Entre 11 et 16 ans	50 jours à 90% puis 50 jours à 66,6%
Entre 16 et 21 ans	60 jours à 90% puis 60 jours à 66,6%
Entre 21 et 26 ans	70 jours à 90% puis 70 jours à 66,6%
Entre 26 et 31 ans	80 jours à 90% puis 80 jours à 66,6%
A partir de 31 ans d'ancienneté	90 jours à 90% puis 90 jours à 66,6%
INCAPACITE DE TRAVAIL (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)	
Condition d'ancienneté	6 mois d'ancienneté
Franchise	En relais des obligations de maintien de salaire par l'employeur
Indemnités journalières	15 % TAB
INVALIDITE (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)	
Condition d'ancienneté	6 mois d'ancienneté
Rente 1e catégorie	Néant
Rentes 2e et 3e catégories	15 % TAB
INVALIDITE POUR CAUSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net), N étant le taux d'incapacité	
Condition d'ancienneté	6 mois d'ancienneté
Taux d'incapacité N < 66%	Néant
Taux d'incapacité N ≥ 66%	15 % TAB

CVDS : Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé judiciairement

PTIA : Perte totale et Irréversible d'Autonomie

Votre interlocuteur Malakoff Médéric Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale- Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110 - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris Soumise à l'ACPR (4 Place de Budapest, CS ,92459, 75436 PARIS Cedex) soumise à l'ACPR (4 Place de Budapest, CS ,92459, 75436 PARIS Cedex 09).