



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

ACCORD DEPARTEMENTAL DU 04 DECEMBRE 2015 RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR LES SALARIES AGRICOLES DU VAR NON AFFILIES A L'AGIRC

Conditions générales

Édition janvier 2019

Régime de prévoyance

Référence : CG-Accord VAR. – Prev – 01.2019

SOMMAIRE

ACCORD DEPARTEMENTAL DU 04 DECEMBRE 2015 RELATIF A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR LES SALARIES AGRICOLES DU VAR NON AFFILIES A L'AGIRC	1
PREMIÈRE PARTIE - ADHÉSION AU CONTRAT	4
▶ Article 1 - Objet du contrat	4
▶ Article 2 - Adhésion	4
▶ Article 3 - Durée du contrat d'adhésion - Renouvellement	4
▶ Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants	4
▶ Article 5 - Prise en charge des risques en cours	6
DEUXIÈME PARTIE - GARANTIES	7
CHAPITRE I - GARANTIES DÉCÈS	7
▶ Article 6 - Capital décès « toutes causes »	7
▶ Article 7 – Perte totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	7
▶ Article 8 – Allocation obsèques	7
▶ Article 9 - Bénéficiaire(s) en cas de décès	7
CHAPITRE II – GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	8
▶ Article 10 – Garantie de rémunération légale	8
▶ Article 11 - Incapacité temporaire de travail	9
▶ Article 12 - Invalidité – Incapacité permanente	10
▶ Article 13 - Règle de cumul des prestations arrêt de travail	11
TROISIÈME PARTIE – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	12
▶ Article 14 - Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	12
▶ Article 15 - Cessation de l'affiliation	12
▶ Article 16 - Maintien des garanties et des prestations de prévoyance	12
▶ Article 17 - Assiette et taux de cotisation	14
▶ Article 18 - Paiement des cotisations	14
▶ Article 19 - Révision des cotisations et/ou des garanties	14
▶ Article 20 - Salaire de référence	15
▶ Article 21 - Revalorisation	15
▶ Article 22 - Résiliation du contrat d'adhésion	15
▶ Article 23 - Définition des enfants à charge	16
▶ Article 24 - Risque exclus	17
▶ Article 25 – Principe de solidarité	17
▶ Article 26 - Recours - Prescription	17
▶ Article 27 - Réclamations - Règlements des litiges	18
▶ Article 28 - Contrôle de l'Institution	19
▶ Article 29 - Dispositions diverses	19
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	21

VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
▶ Déclaration des sinistres	22
▶ Obligations du Participant	23
▶ Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	23
▶ Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès	24
▶ Contrôles médicaux.....	24
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	26
ANNEXE I - Tableau de garanties	27

PREMIÈRE PARTIE - ADHÉSION AU CONTRAT

► Article 1 - Objet du contrat

Les partenaires sociaux ont signé un Accord départemental du VAR en date du 04 décembre 2015 (ci-après dénommé « l'Accord »), qui se substitue à l'Accord du 11 septembre 2009, sur la mise en place d'un contrat complémentaire Prévoyance au profit des salariés agricoles du VAR relevant du champ d'application dudit Accord, non affiliés à l'Agirc, ayant au moins six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole.

La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le participant acquiert six mois d'ancienneté pour pouvoir bénéficier des garanties prévoyance et d'un an d'ancienneté pour bénéficier de la garantie maintien de salaire appelée « garantie de rémunération légale » dans les présentes Conditions générales.

L'entreprise, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de l'Accord, adhère au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises. Elles définissent aussi les conditions dans lesquelles l'Institution garantit à la catégorie de personnel assurée au contrat, dénommée ci-après « Participant » ou à leurs ayants droit, les prestations prévues par l'accord départemental du VAR du 4 décembre 2015.

► Article 2 - Adhésion

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise devra retourner à l'Institution le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'entreprise à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion contresigné et retourné à l'entreprise. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le bulletin d'adhésion accompagné des présentes Conditions Générales forme le contrat de l'Adhérent.

► Article 3 - Durée du contrat d'adhésion - Renouvellement

Le contrat collectif et obligatoire expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties, effectuée par lettre recommandée ou par recommandé électronique moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre minuit de la même année.

► Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants

4.1 Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés relevant du champ d'application de l'Accord :
 - ayant au moins six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole pour l'ensemble des risques.
 - ayant au moins un an d'ancienneté pour le risque « garantie de rémunération légale ».
2. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat entre dans la catégorie de personnel 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 ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour lui 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 ne sont pas transmises par la DSN.

6. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'employeur notamment à la suite d'une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de personnel assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou de la sortie du participant du champ d'application.
7. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu.
8. Déclarer trimestriellement à l'Institution, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif de la ou des catégories de Participants et de la masse salariale brute (correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des Participants affiliés au contrat) ventilée par tranche soumise à cotisations sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
 - » 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.
9. 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.
10. 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 garantie de rémunération légale,**
 - » **qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution.**

4.2 Information des Participants

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

souscripteur du contrat.

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

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

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

4.3 Affiliation obligatoire des Participants au régime de prévoyance

La signature du bulletin d'adhésion entraîne **l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble des salariés de l'Adhérent relevant du champ d'application de l'Accord, non affiliés à l'Agirc et ayant au moins six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole pour la prévoyance et 1 an d'ancienneté révolue pour la garantie de rémunération légale. Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».**

Ne sont pas affiliés au contrat collectif obligatoire :

- » les cadres et personnels ressortissants de la Convention collective du 2 avril 1952 relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'Agirc, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- » les Voyageurs, Représentants, Placiers (VRP) ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- » les salariés non affiliés à l'Agirc n'ayant pas au moins six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque Participant appartenant à la catégorie de personnel assurée renseigne et signe le bulletin d'adhésion établie par l'Institution. Il y précise notamment son état civil.

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

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

► Article 5 - 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 réglementaires (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 le présent Accord 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.

DEUXIÈME PARTIE - GARANTIES

CHAPITRE I - GARANTIES DÉCÈS

► Article 6 - Capital décès « toutes causes »

En cas de décès d'un Participant, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des risques exclus à l'article 24 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 9 des présentes Conditions Générales ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès, un capital dont le montant est précisé en annexe I des présentes Conditions Générales.

► Article 7 – Perte totale et Irréversible 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 6 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 3^{ème} 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.

Les capitaux décès sont versés à compter de la consolidation de la PTIA.

► Article 8 – Allocation obsèques

En cas de décès du participant, il est versé une allocation obsèques dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I des présentes conditions générales.

Les frais d'obsèques seront remboursés dans la double limite des frais réels et de 100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Cette allocation est versée aux personnes ayant acquitté les factures sur présentation de celles-ci.

Dans le cas où plusieurs personnes acquittent les frais liés aux obsèques : un délai d'un mois est prévu pour que les payeurs fassent parvenir les factures à l'Institution, ou que l'Adhérent rassemble ces factures et les envoie à l'Institution. En fonction du montant total des frais engagés, l'Institution attribuera à chaque payeur, un pourcentage par rapport à ce total, pourcentage qui sera ensuite appliqué au forfait prévu. Les factures qui parviendraient à l'Institution après ce délai ne seront pas prises en compte, sauf bien sûr, si le forfait n'est pas épuisé.

► Article 9 - Bénéficiaire(s) en cas de décès

9.1 Clause bénéficiaire contractuelle

À défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou en cas de décès du ou des bénéficiaires avant le décès du Participant, le(s) bénéficiaire(s) du capital décès toute cause et accidentelle est (sont) :

- › le conjoint survivant du Participant à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès, ou le partenaire du Participant lié par un PACS ou le concubin, à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès. Le concubin doit être célibataire, veuf ou divorcé et doit apporter la preuve de deux ans de vie commune avant le décès, ou un enfant reconnu par les deux parents doit être né de leur relation,
- › à défaut, les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de PACS, ou de son concubin.
 - › âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif

social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin,

- › âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection Universelle Maladie (PUMA)
- › âgés de moins de 26 ans, se trouvant 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,
- › quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’Allocation pour Adulte Handicapé – AAH. Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge,
- › à défaut, les enfants du salariés nés viables moins de 300 jours après son décès
- › à défaut, les ascendants à charge du Participant, par parts égales entre eux, ou le survivant d’entre eux, à condition d’être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.

- › à défaut, les héritiers du Participant par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

9.2 Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par le Participant

Au moment ou au cours de son affiliation, le Participant peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d’attribution et de partage d’un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l’Institution. Les coordonnées du (ou des) bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent y être portées afin de permettre à l’Institution de le(s) 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.

En cas de PTIA, le capital décès est versé au salarié lui-même.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

► Article 10 – Garantie de rémunération légale

10.1 Affiliation obligatoire des Participants

Le bénéfice de la prestation « garantie de rémunération légale » sera acquis, sous réserve que le salarié ait au moins un an d’ancienneté chez l’Adhérent et que celui-ci relève du champ d’application de l’Accord départemental du VAR en date du 04 décembre 2015.

10.2 Définitions et conditions de la garantie

L’Institution verse une indemnité dénommée « de rémunération légale » en cas d’arrêt de travail du Participant consécutif à une

maladie ou à un accident, professionnel ou non, qui vient en complément de l’indemnité journalière dont bénéficie le participant versée par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Cette prestation est définie en annexe I des présentes Conditions Générales.

Cette prestation est versée par l’Institution à l’Adhérent.

L’Institution verse ces indemnités sous réserve que le Participant justifie :

- › de son état d’incapacité par la fourniture, dans les 48 heures, d’un certificat médical à l’Adhérent, pouvant donner lieu à contre visite par ce dernier,
- › d’être pris en charge par la MSA,
- › d’être soigné sur le territoire français ou dans l’un des autres pays de la Communauté économique européenne ou dans un pays ayant passé une convention de réciprocité.

En cas de réduction de la prestation de la MSA 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.

10.3 Montant et durée d'indemnisation

Début de l'indemnisation

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

- ✧ au 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'accident de trajet ;
- ✧ au 4^e jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Montant et durée de l'indemnisation

Le montant des indemnités versées par l'Institution s'obtient par application d'un taux, figurant en annexe I des présentes Conditions Générales, à la rémunération brute du salarié sous déduction des prestations servies par la MSA et éventuellement du salaire réduit versé par l'employeur, et dans la limite du salaire net qu'aurait perçu le salarié s'il avait continué à travailler.

Versement

Le paiement des indemnités journalières « Garantie de rémunération légale » est effectué mensuellement par l'Organisme assureur au souscripteur pendant la durée d'indemnisation

10.4 Règle de cumul

Le total de l'indemnisation (indemnités versées par la MSA, indemnités complémentaires versées par l'Institution) ne peut excéder la rémunération nette que le participant aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

10.5 Cessation du paiement de la garantie de rémunération légale

La prestation garantie de rémunération légale cesse d'être servie à la survenance d'un des événements suivants :

- ✧ à la date à laquelle le Participant ne relève plus du champ d'application de l'Accord départemental VAR du 04 décembre 2015
- ✧ à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord départemental du VAR du 04 décembre 2015 – ou de la suppression des garanties conventionnelles relatives à la garantie de rémunération légale ;
- ✧ à la date de sortie des effectifs ;

- ✧ à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance;
- ✧ au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations » ;
- ✧ dès la fin du versement des indemnités journalières de la MSA ;
- ✧ dès que la Participant reprend son activité professionnelle ;
- ✧ 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 plus tard, à la fin de la deuxième période d'indemnisation.

► Article 11 - Incapacité temporaire de travail

11.1 Définition et conditions de garantie

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

- ✧ perçoit des indemnités journalières de la MSA :
 - ✧ 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 garantie de rémunération légale par l'Adhérent suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

En cas de réduction de la prestation de la MSA 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.

- **L'indemnisation de l'Institution intervient en relais des obligations de garantie de rémunération légale ou conventionnelle définie à l'article 10 ou à l'issue d'une période de carence définie ci-dessous ;**
- Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les douze mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des

obligations légales ou conventionnelles sur la garantie de rémunération légale, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- dès le **1^{er} jour** d'arrêt de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ou d'accident de trajet ;
 - à compter du **4^{ème} jour** d'arrêt de travail dans tous les autres cas.
- Le salarié ayant six mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie de rémunération légale en application des obligations légales ou conventionnelles sur la garantie de rémunération légale, bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :
- à compter du **61^{ème} jour** d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
 - à compter du **71^{ème} jour d'absence**, dans tous les autres cas.

11.2 Cessation du paiement des prestations incapacité de travail

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'incapacité temporaire de travail :

- dès que la MSA 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 1095^{ème} jours qui suit l'arrêt de travail pour les Participants reconnus en état de maladie de longue durée par la MSA,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

Et en tout état de cause :

- à la veille de la date à laquelle le Participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des Participants en situation de cumul emploi-retraite).

11.3 Montant de la garantie

Le montant des indemnités journalières figure en annexe I des présentes Conditions Générales. Il est complémentaire aux prestations brutes servies par la MSA.

Ce montant s'entend brut de toutes charges sociales

salariales et patronales susceptibles de grever les prestations.

11.4 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 indemnisée par l'Institution, il n'est pas fait application de la franchise visée en annexe I des présentes Conditions Générales et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

11.5 Versement des indemnités

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans la troisième partie des présentes Conditions Générales comportant notamment un certificat médical établi par le médecin du Participant à l'attention du Médecin Conseil de l'Institution sous pli confidentiel cacheté et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la MSA 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 MSA 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.

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

- de son état d'incapacité par la fourniture, dans les 48 heures, d'un certificat médical à l'Adhérent, pouvant donner lieu à contre-visite par ce dernier,
- d'être pris en charge par la MSA,
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de la Communauté économique européenne ou dans un pays ayant passé une convention de réciprocité.

► Article 12 - Invalidité – Incapacité permanente

12.1 Définitions et conditions de la rente

L'Institution verse en cas d'incapacité permanente du Participant, ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise, une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

La prestation susceptible d'être servie pour une incapacité permanente de travail est une rente mensuelle versée en complément des prestations de la MSA au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles.

Dans ce cas, cette rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles. La rente ne peut se cumuler avec les indemnités journalières perçues par le participant avant la décision de la MSA au titre de l'incapacité temporaire éventuellement prévue.

Le versement de la rente cesse :

- ✂ dès que le Participant reprend une activité professionnelle sans diminution de sa rémunération brute,
- ✂ dès que la MSA cesse elle-même de verser une rente mensuelle liée à l'incapacité permanente de travail,
- ✂ à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 30 %,
- ✂ au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,
- ✂ à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail.

12.2 Invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie

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 et révolue 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.

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la MSA (date d'effet de la notification). Elle est versée mensuellement.

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 effective de la pension vieillesse du régime de base du participant ;
- au décès du participant.

12.3 Montant de la rente

Le montant de la rente invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégorie et de la rente incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle est défini en annexe I des présentes Conditions Générales, en complément des prestations brutes versées par la MSA hors majoration pour tierce personne.

12.4 Versement de la rente

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

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

► Article 13 - Règle de cumul des prestations arrêt de travail

Le total des prestations versées par la MSA, le régime de prévoyance via l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'assurance chômage), ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus que 100 % de son dernier salaire annuel net d'activité, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation défini par l'article 21.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, avant application des prélèvements sociaux à la charge du Participant, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au Participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Le complément de prestation accordé par la MSA, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Les Participants doivent fournir à l'Institution toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le Participant refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

TROISIÈME PARTIE – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► Article 14 - Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

14.1 Prise d'effet de la garantie de rémunération légale

L'adhérent devra affilier l'ensemble de ses salariés relevant du champ d'application de l'Accord départemental du VAR en date du 04 décembre 2015.

Le bénéfice de la prestation sera toutefois acquis au participant ayant au moins un an d'ancienneté chez l'Adhérent et relevant du champ d'application de l'Accord départemental du 04 décembre 2015.

14.2 Prise d'effet des garanties « prévoyance »

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'affiliation du participant sous réserve que ce dernier ait au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue chez l'Adhérent.

La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le participant acquiert 6 mois d'ancienneté

Ainsi les garanties prennent effet :

- ✧ A la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent pour les participants présents à cette date et remplissant la condition d'ancienneté de 6 mois continue et révolue chez l'adhérent
- ✧ Ultérieurement, au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la condition d'ancienneté de 6 mois est satisfaite.

14.3 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

Le bénéfice des garanties de prévoyance est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu, qu'elle qu'en soit la cause, sans versement de cotisation, pour tout mois complet civil d'absence s'il bénéficie :

- ✧ soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ✧ 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.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties de prévoyance sont maintenues au Participant, moyennant le paiement des cotisations, calculé sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur pour les mois durant lesquels l'absence est intervenue.

14.4 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu au maintien de tout ou partie du salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime pour une autre cause que l'arrêt de travail pour maladie, maternité et accident, 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.

► Article 15 - Cessation de l'affiliation

L'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- ✧ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'Adhérent,
- ✧ soit à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel concerné par le contrat collectif obligatoire,
- ✧ soit à la date de sortie des effectifs,
- ✧ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ✧ et, en tout état de cause, à la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

► Article 16 - Maintien des garanties et des prestations de prévoyance

16.1 Maintien des garanties prévoyance au titre de la « Portabilité des droits »

Conditions au maintien de l'affiliation

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

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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 d'adhésion de l'entreprise.

Obligations déclaratives

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.

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par la convention collective de travail dites « garantie de rémunération légale » ne sont pas

prises en charge par la portabilité.

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

Pour la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, le Participant ne peut pas percevoir de prestations (tout organisme confondu) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé 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 le complément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise, 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.

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

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

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits du Participant, l'Institution verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente à la date de

constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion 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 21 continue de produire ses effets tant que le contrat d'adhésion reste en vigueur.

16.4 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, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 20 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

► Article 17 - Assiette et taux de cotisation

Les cotisations annuelles sont exprimées en pourcentages du salaire annuel brut. L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire annuel brut déclaré par l'adhérent dans la limite des tranches A et B.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisations.

Les taux de cotisations sont mentionnés en annexe du Bulletin d'Adhésion.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

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

► Article 18 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les bordereaux sont adressés à l'entreprise adhérente avant la fin du premier mois du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues. La date limite d'exigibilité est fixée au 15 du mois suivant.

La répartition des cotisations entre l'Adhérent et les participants est fixée par la convention cadre. 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.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6%, à compter de l'échéance.

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

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les trente 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 ou par recommandé électronique, 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.

L'institution informera par courrier les membres de la commission paritaire de suivi de l'accord, lorsqu'en cas de défaillance d'un adhérent, elle envisage de résilier le contrat.

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

► Article 19 - Révision des cotisations et/ou des garanties

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

19.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque des modifications à l'accord collectif départemental du VAR en date du 4 décembre 2015 sont apportées, le présent contrat est modifié en conséquence.

19.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

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

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

► Article 20 - Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des garanties prévoyance est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations chez l'adhérent, dans la limite de quatre fois le montant du plafond de la MSA (tranche A et B) 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 de ses 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 prorata temporis.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point Agirc-Arrco intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente professionnelle), l'invalidité ou le décès.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point Agirc-Arrco (intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité).

► Article 21 - Revalorisation

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, seront revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco.

21.1 Champ d'application

Sont revalorisables :

- ✧ 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.

21.2 Revalorisation des prestations

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord seront revalorisées annuellement au 1er janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco.

21.3 Revalorisation du salaire de référence

La revalorisation s'effectue sur la base du pourcentage de majoration de la valeur du point Agirc-Arrco.

21.4 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.

► Article 22 - Résiliation du contrat d'adhésion

22.1 Cas et conditions de résiliation

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

✧ Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 22.

✧ Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité Sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent.

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.

❖ **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.

22.2 Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion

Vis-à-vis de l'Adhérent

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

Vis-à-vis du Participant

La résiliation ou le non renouvellement du contrat d'adhésion 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 d'adhésion ou 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.

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), 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 du salaire de référence défini à l'article 18, 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 23 - Définition des enfants à charge

Pour les garanties décès sont considérés à charge les enfants à charge du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, tel que défini à l'article 9.1 des présentes Conditions générales.

Les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- **Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,**
- **Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des**

étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U),

- › **Agés de moins de 26 ans, se trouvant 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,**
- › **Quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.**

► Article 24 - Risque exclus

1. Exclusions applicables au risque décès toute cause :

- **Le décès consécutif à des faits de guerre civile ou étrangère**
- **Le décès consécutif à des faits volontaires du bénéficiaire du capital décès**

2. Les autres garanties du régime (inaptitude temporaire, incapacité et invalidité permanente) ne prévoient pas de clause 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 25 – Principe de solidarité

25.1 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.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxe 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.

25.2 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 peuvent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

- 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 26 - Recours - Prescription

26.1 Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d’accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties prévoyance définies dans la présente notice d’information à caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit subroge(nt) l’Institution, dans leur (ses) droit(s) ou action(s) contre le(s) tiers responsable(s) dans la limite des prestations versées.

L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

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.

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

Lorsque l'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 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 avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au participant, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,**
- ❖ **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.**

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

► Article 27 - Réclamations - Règlements des litiges

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,

- ❖ Pour Humanis Prévoyance : à l'adresse suivante :
Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

A 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, Humanis Prévoyance lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent ou le Participant, l'Institution, peuvent saisir le

Médiateur de la protection sociale du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Article 28 - Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

► Article 29 - Dispositions diverses

29.1 Confidentialité

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

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

29.2 Protection des données à caractère personnel

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'Institution, 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 - celle 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 être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant 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 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

29.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution,

à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte authentique : acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte.

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

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

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

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

Point de retraite Agirc-Arrco : point servant au calcul des retraites des salariés cadres établie par l'Association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc) et pour les salariés non cadres dont la valeur est établie par l'Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés (Arrco).

Prestation : mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

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

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

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

Sinistre : réalisation du risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- ✧ tranche 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.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

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

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

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X	X	X	Adhérent
Attestation de l'Adhérent indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Participants ayant des employeurs multiples)				X	X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X		X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident				X	X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X			Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X					Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé						Mairie

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	Organisme délivrant les pièces
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Participant ou, en cas de décès, précisant que le Participant n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X	Adhérent
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X		X	X	Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X					Notaire / Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X			X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %		X				Sécurité sociale
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	X	X	X			Mairie
RIB au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X			Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance, ...)	X		X			Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent				X	X	Adhérent

► 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.

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

► Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-avant doivent être produites à l'Institution :

- ❖ **Au titre du risque incapacité temporaire de travail :** au plus tard dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours après la date d'arrêt de travail ou si la franchise prévue dans les conditions particulières est supérieure à cette durée, dans les trente jours qui suivent l'expiration de cette franchise.

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Institution qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'Adhérent, les prestations ne prennent effet qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

❖ **Au titre du risque invalidité** (y compris invalidité absolue et définitive/perte totale et irréversible d'autonomie) : dans un délai maximum de deux ans à compter de l'évènement qui donne naissance à la demande de prestation (soit à compter de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente, du classement dans une catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale).

❖ **Au titre du risque décès :**

- dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le Participant ;

- si le bénéficiaire est distinct du Participant, dans un délai maximum de dix ans suivant la date du décès de l'assuré ou suivant la date à laquelle le bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Institution, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part des bénéficiaires sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Institution, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'Assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière. Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

A défaut, le Participant se voit opposer la prescription.

► Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès

A compter de la date du décès du Participant, le capital forfaitaire, l'allocation forfaitaire ou les aréages de rente, dus par l'Institution sont revalorisés jusqu'à la 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 douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;

- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er 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'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

Dans les trente 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) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

► Contrôles médicaux

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin désigné par lui, 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 le service médical de l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du Participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par le service médical de l'Institution.

Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, le service médical de l'Institution 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'Institution, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin que son service médical 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'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant, le Participant et le service médical de l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre 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'Institution 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'Institution, l'Adhérent donne mandat à l'Institution pour diligenter en son nom et pour son compte par son service médical 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 seront transmis à l'Adhérent.

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 ci-dessus et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

ACTIVITÉS SOCIALES : 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 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.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

ANNEXE I - Tableau de garanties

CVDS : Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé judiciairement

PTIA : Perte totale et Irréversible d'Autonomie

L'assiette de calcul des prestations est fixée par référence au salaire annuel brut déclaré par l'adhérent dans la limite des tranches A et B

	MONTANT DES PRESTATIONS EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT	
CAPITAL DECES - PTIA TOUTES CAUSES		
CVDS sans enfant à charge	150 % TAB	
Marié, pacsé, concubin sans enfant à charge	150 % TAB	
CVDS avec un enfant à charge	175 % TAB	
Marié, pacsé, concubin avec un enfant à charge	175 % TAB	
Majoration par enfant à charge supplémentaire	25 % TAB	
ALLOCATION OBSEQUES		
Décès du participant	100 % PMSS	
GARANTIE DE MAINTIEN DE SALAIRE (sous déduction des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)		
Franchise	0 jour en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, accident de trajet 3 jours continus pour les autres cas	
Ancienneté	90%	67%
Entre 1 et 6 ans	30 jours	30 jours
Entre 6 et 11 ans	40 jours	40 jours
Entre 11 et 16 ans	50 jours	50 jours
Entre 16 et 21 ans	60 jours	60 jours
Entre 21 et 26 ans	70 jours	70 jours
Entre 26 et 31 ans	80 jours	80 jours
Au-delà de 31 ans	90 jours	90 jours
INCAPACITE DE TRAVAIL (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)		
Franchise		
6 mois - 1 an d'ancienneté :	60 jours continus en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle (hors accident de trajet) 70 jours continus pour les autres cas	
1 an d'ancienneté :	En relais et complément des obligations de maintien de salaire par l'employeur	
Indemnités journalières	17 % TAB	
INVALIDITE (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)		
Rente 1e catégorie	néant	
Rentes 2e et 3e catégories	10 % TAB	
INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE DE TRAVAIL (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net), N étant le taux d'incapacité		
Taux d'incapacité N ≥ 30%	30 % TAB	

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 09).