

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS

CONDITIONS GENERALES

« REGIME DE PREVOYANCE »

(Référencées CG-CCN des Activités de Marchés Financiers-prévoyance-2018)

SOMMAIRE

TITRE I ADHESION AU CONTRAT	3
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – ADHESION	3
ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT D’ADHESION - RENOUELEMENT	3
ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	3
ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	5
CHAPITRE I – GARANTIES DECES	8
ARTICLE 6 – CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES »	8
ARTICLE 7 - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	8
ARTICLE 8 – RENTE EDUCATION	9
ARTICLE 9 – RENTE(S) DE CONJOINT	9
ARTICLE 10 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS	9
CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	10
ARTICLE 11 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 12 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	11
ARTICLE 13 – REGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS ARRET DE TRAVAIL	13
TITRE II DISPOSITIONS GENERALES	14
ARTICLE 14 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	14
ARTICLE 15 –CESSATION DE L’AFFILIATION	14
ARTICLE 16 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 17 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	17
ARTICLE 18 - PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 19 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES	18
ARTICLE 20 - EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	18
ARTICLE 21 - SALAIRE DE REFERENCE	18
ARTICLE 22 - REVALORISATION	19
ARTICLE 23 - RESILIATION DU CONTRAT D’ADHESION	19
ARTICLE 24 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	20
ARTICLE 25 - RISQUES EXCLUS	21
ARTICLE 26 - RECOURS – PRESCRIPTION	21
ARTICLE 27 - RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES	22
ARTICLE 28 - CONTROLE	22
ARTICLE 29 - DISPOSITIONS DIVERSES	23
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	24
VERSEMENT DES PRESTATIONS	25
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	29

TITRE I

ADHESION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des activités de marchés financiers (dénommée ci-après « la Convention Collective ») ont signé un avenant en date du 31 août 2017 modifiant le régime Prévoyance instauré au profit de l'ensemble du personnel.

L'Entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective nationale des activités de marchés financiers, 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 (75014) 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

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

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées au sein du contrat d'adhésion.

ARTICLE 2 – ADHESION

L'adhésion au régime est régie par les présentes Conditions générales.

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

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

ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUELEMENT

Le contrat d'adhésion de l'Adhérent 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 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 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 sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation ou de rente de conjoint en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".

2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.

3. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 4.3 dûment renseignée par chaque Participant si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN. Cette communication doit intervenir dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d'effet du contrat,
- soit la date de l'entrée du Participant dans les effectifs de l'Adhérent.

L'Adhérent peut communiquer à l'Institution, en lieu et place des Déclarations d'Affiliation susvisées, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent entrant dans les effectifs de l'entreprise, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité Sociale.

6. Communiquer à l'Institution la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Prévoyance au titre de la portabilité des droits, afin de permettre à l'Institution d'étudier ce maintien par le présent contrat

7. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans les effectifs de l'Adhérent, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.

8. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort des effectifs de l'Adhérent, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. L'Adhérent précise la date et le motif du départ. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de Catégorie.

9. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 14.

12. Déclarer trimestriellement, à l'INSTITUTION, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif de l'Adhérent et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des Rémunérations Brutes des Participants affiliés au présent 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.

13. 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.

14. Déclarer à l'Institution, dès qu'il en a connaissance, tous les Participants :

- en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre-visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
- qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l'Institution, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

15. Informer l'Institution de la souscription de tout contrat de prévoyance collective auprès d'un autre assureur comportant une garantie Incapacité Temporaire de Travail et/ou Invalidité.

L'Adhérent communique à l'Institution copie intégrale dudit contrat et s'engage à lui déclarer les Participants qui sont ou seront indemnisés au titre de ces garanties.

L'INSTITUTION se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par l'ADHERENT à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure 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 l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Institution.

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

4.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat d'adhésion entraîne l'affiliation, à titre obligatoire de l'ensemble des salariés de l'Adhérent.

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

Il y précise son état civil.

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

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

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

- les personnes en arrêt de travail,
- les personnes titulaires d'une rente éducation,
- les personnes titulaires d'une rente de conjoint assurée par l'OCIRP dans les conditions définies au sein des Conditions Générales «CG OCIRP RC/RE/RH 01.2016 ».

A cet effet, l'Adhérent communique à l'Institution le formulaire « Reprise de Passif » de l'Institution comprenant une liste de toutes les personnes en arrêt de travail ou titulaires de rente éducation ou d'une rente de conjoint, dûment complété, signé et accompagné de la copie des documents contractuels relatifs au contrat de prévoyance antérieurement souscrit, par ailleurs.

Cette garantie est accordée dans les conditions définies ci-dessous moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire fixée au sein d'un avenant dit de « reprise de passif ».

5.3.1 L'Adhérent avait souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif

A/ Les personnes dont le contrat de travail est toujours en cours à la date d'effet du contrat et qui seront listées au sein d'un avenant de « reprise de passif » bénéficient :

- des garanties incapacité de travail prévues au contrat,

- dès la date d'effet du contrat, si la personne est en situation de mi-temps thérapeutique ou d'invalidité compatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, pour autant que la maladie ou l'accident qui est à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de ladite situation d'incapacité à mi-temps thérapeutique ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat ;
- des garanties invalidité prévues au contrat, pour autant que la maladie ou l'accident qui est à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de leur situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat ;
- conformément aux obligations découlant des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ainsi que la revalorisation de la base des garanties Décès maintenue au titre de ce même contrat dans les conditions prévues à l'article 22 des présentes Conditions Générales ;
- et :
 - en l'absence de transfert à l'Institution, par l'assureur du contrat de prévoyance antérieur, de l'intégralité des provisions effectivement constituées au titre du maintien des garanties décès :
 - des garanties Décès pour le montant éventuel de prestations qui excèdent celui des garanties Décès maintenues par l'ancien assureur, conformément à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) modifiée par l'article 34 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 (loi DDOSEC),
 - en cas de transfert à l'Institution par l'assureur du contrat de prévoyance antérieur de l'intégralité des provisions effectivement constituées au titre du maintien des garanties décès, notamment dans le cadre de l'article 30 III de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) modifiée par l'article 34 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 (loi DDOSEC) :
 - des garanties décès prévues au contrat sous réserve :
 - . d'une part de l'encaissement effectif par l'Institution de l'intégralité desdites provisions effectivement constituées dont le montant est précisé au sein d'un avenant de « reprise de passif »,
 - . et d'autre part, du règlement par l'Adhérent à l'Institution du montant de la provision restant à constituer à la date d'effet du contrat selon le mode de financement indiqué au sein d'un avenant de « reprise de passif » (versement unique ; versement échelonné, cotisation supplémentaire).

Le montant des provisions constituées et restant à constituer est déterminé selon l'évaluation actuarielle de l'Institution ;

- à compter de la date de leur reprise de travail, de l'ensemble des garanties prévues au contrat, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

B/ Les personnes dont le contrat de travail est rompu à la date d'effet du présent contrat et qui seront listées au sein d'un avenant de « reprise de passif », bénéficient :

- conformément aux obligations découlant des dispositions de l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ainsi que la revalorisation de la base des garanties Décès maintenue au titre de ce même contrat dans les conditions prévues à l'article 22 des présentes Conditions Générales ;
- en cas de transfert à l'Institution par l'assureur du contrat de prévoyance antérieur de l'intégralité des provisions effectivement constituées au titre du maintien des garanties décès, notamment dans le cadre de l'article 30 III de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) modifiée par l'article 34 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 (loi DDOSEC) :
 - des garanties décès prévues au contrat sous réserve :
 - d'une part de l'encaissement effectif par l'Institution de l'intégralité desdites provisions effectivement constituées dont le montant est précisé au sein d'un avenant de « reprise de passif »,

- et d'autre part, du règlement par l'Adhérent à l'Institution du montant de la provision restant à constituer à la date d'effet du contrat selon le mode de financement indiqué au sein d'un avenant de « reprise de passif » (versement unique ; versement échelonné, cotisation supplémentaire).

Le montant des provisions constituées et restant à constituer est déterminé selon l'évaluation actuarielle de l'Institution ;

C/ Les titulaires, au jour de la date d'effet du contrat, d'une rente éducation et/ ou d'une rente de conjoint qui seront listés au sein d'un avenant de reprise de passif, bénéficient :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre dudit contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

5.3.2 L'Adhérent souscrit pour la première fois un régime de prévoyance

Les personnes dont le contrat de travail est toujours en cours à la date d'effet du contrat et qui seront listées au sein d'un avenant de « reprise de passif », bénéficient :

- des garanties incapacité de travail prévues au contrat,
 - dès la date d'effet du contrat, si la personne est en situation de mi-temps thérapeutique ou d'invalidité compatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, pour autant que la maladie ou l'accident qui est à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de ladite situation d'incapacité à mi-temps thérapeutique ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat ;
 - dès la date de reprise de travail à temps complet, si la personne est en situation d'incapacité temporaire de travail,
- des garanties invalidité prévues au contrat, pour autant que la maladie ou l'accident qui est à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de leur situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat;
- des garanties décès prévues au contrat.

TITRE II

GARANTIES

CHAPITRE I – GARANTIES DECES

ARTICLE 6 – CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES »

En cas de décès d'un Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé au sein du tableau des garanties.

Il est dépendant de la situation de famille.

Sont assimilés aux Participants mariés : le concubin notoire ou le partenaire lié par un PACS si le Participant, à la date de son décès, est libre par ailleurs de tout lien de mariage ou de contrat de PACS et dans la mesure où le concubin notoire et le partenaire de PACS est désigné comme bénéficiaire en cas de décès du Participant.

Des majorations pour enfant(s) à charge supplémentaires sont appliquées.

Le participant a le choix entre deux options :

- **option 1** : capital Décès,
- **option 2** : capital Décès minoré + Rente Education,

Ce choix s'effectue au moment de l'affiliation du Participant.

Le changement d'option est possible à tout moment.

En tout état de cause, l'option 1 sera obligatoirement retenue par l'Institution :

- si le Participant n'a pas d'enfants à charge,
- ou si le ou les enfant(s) à charge du Participant a (ont) plus de 19 ans.

ARTICLE 7 - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

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

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

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant, l'Institution lui verse, par anticipation, le capital décès toutes causes de l'option 1, sous réserve que le contrat d'adhésion soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité absolue et définitive, excepté s'il se trouve dans la situation visée à l'article 16.

Le capital est versé à compter de la consolidation de l'Invalidité Absolue et Définitive du Participant.

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

Le Participant est le seul bénéficiaire.

ARTICLE 8 – RENTE EDUCATION

Si l'option 2 avec rente éducation est retenue, en cas de décès du Participant, il est versé au profit de chaque enfant à charge à la date du décès tels que définis à l'article 24, une rente temporaire dont le montant est précisé au sein du tableau des garanties.

En tout état de cause, le salaire minimum de référence pour le calcul des rentes éducation est égal à 100 % du plafond de la Sécurité sociale de l'année du décès.

Un palier court du lendemain de la date du décès du Participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint un âge limite indiqué.

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

Les rentes sont dues au lendemain du décès du Participant et cessent au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être considéré à charge au sens de l'article 23 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 9 – RENTE(S) DE CONJOINT

Si l'Adhérent a choisi cette option, l'Institution garantit au conjoint ou assimilé, tel que défini ci-après, une rente viagère et/ou une rente temporaire. Ses modalités sont décrites dans le tableau de garanties et dans les Conditions Générales «CG OCIRP RC/RE/RH 01.2016 ».

ARTICLE 10 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

CLAUSE BENEFICIAIRE CONTRACTUELLE

A défaut de désignation particulière du bénéficiaire,
ou si cette désignation est devenue caduque,
ou en cas de décès du ou des bénéficiaires avant le décès du Participant,

le(s) bénéficiaire(s) du capital décès « toutes causes » dû au titre de la garantie est (sont) :

- le conjoint survivant du Participant à condition qu'il ne soit ni séparé de corps ou de fait ni en instance de divorce 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,

**Concubin : la personne vivant en concubinage avec le participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile.*

- à défaut, les enfants légitimes, reconnus, ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non du Participant, par parts égales entre eux,

- à défaut, le père et la mère, biologiques et/ou adoptifs, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux,

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

Au moment ou au cours de son affiliation, le Participant peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Institution. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Institution de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous seing privé 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...) sauf si le bénéficiaire reconnaît par écrit accepter de

percevoir le capital. En effet, dans ce dernier cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable (excepté dans les cas légaux). Elle est caduque en cas de changement de situation matrimoniale (mariage, remariage, divorce...) sauf si le Participant a expressément déclaré qu'elle serait maintenue en dépit de ce changement ou si le bénéficiaire avait antérieurement accepté la désignation faite à son profit.

CAS PARTICULIERS :

Les majorations du Capital Décès résultant de la présence d'enfants à charge sont attribuées :

- au parent survivant, s'il est bénéficiaire,
- ou, à défaut, aux enfants eux-mêmes, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.

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

Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le Capital Décès déduction faite des éventuelles majorations pour enfant à charge, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 11 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

DEFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

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

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

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

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

L'état d'incapacité doit être constaté dans un certificat médical établi par le médecin du Participant et peut faire l'objet d'une éventuelle expertise médicale à la demande de l'Institution et/ou de l'Adhérent. La période de versement des prestations par l'Institution prend effet au terme d'une période de franchise mentionnée au sein du tableau des garanties.

Si l'Adhérent a choisi l'option « franchise 90 jours », **la franchise continue de 180 jours prévue par le régime conventionnel pour les Participants n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire est portée à 90 jours continus.**

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

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

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- ou dès que le Participant reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- au plus tard, au terme de la période de 3 ans qui suit l'arrêt de travail pour les Participants reconnus en état de maladie de longue durée par la Sécurité sociale,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,

et en tout état de cause :

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

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant au sein du tableau des garanties, au salaire net sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

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

RECHUTE

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

VERSEMENT DES INDEMNITES

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

Les indemnités sont versées à l'Adhérent, ce paiement libérant l'Institution à l'égard du Participant. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement au Participant.

ARTICLE 12 – INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

DEFINITIONS ET CONDITIONS DE LA RENTE

L'Institution verse en cas d'invalidité du Participant, une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

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

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

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

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

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

Le versement de la rente cesse :

- dès que le Participant reprend une activité professionnelle sans diminution de sa Rémunération brute,
- dès que la Sécurité Sociale cesse elle-même de verser une pension d'invalidité ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33 %,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail.

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

MONTANT DE LA RENTE

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant au sein du tableau des garanties, au salaire net, selon le classement par l'Institution du participant en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie d'invalides, sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité Sociale hors majoration tierce personne.

CAS PARTICULIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

VERSEMENT DE LA RENTE

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

La rente est versée directement au Participant.

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 – REGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS ARRET DE TRAVAIL

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, 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 22.

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 Sécurité Sociale, 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.

CHAPITRE III – EXTENSION DU SALAIRE DE REFERENCE

ARTICLE 14 – EXTENSION DU SALAIRE DE REFERENCE A LA TRANCHE C

Si l'Adhérent a choisi cette option, **le salaire de référence servant au calcul des cotisations et des prestations du régime conventionnel et de la garantie Rente de conjoint définie à l'article 9 est limité à la Tranche C.**

TITRE II

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 14 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées par l'employeur ou pour son compte par un organisme tiers), la garantie est maintenue pour le Participant pour la période considérée.

Les contributions de l'Adhérent et du Participant sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Toutefois en cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident (toutes origines) les garanties sont maintenues sans versement de cotisation.

ARTICLE 15 –CESSATION DE L’AFFILIATION

Sous réserve de l'application de l'article 16 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

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

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve de l'article 16 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 16 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

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

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

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

Conditions au maintien des garanties

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

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

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

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

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,

- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhèrent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

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

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

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat, quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la liquidation judiciaire ou la disparition de l'adhérent.

La suspension des garanties résultant, notamment, du défaut de paiement des cotisations et prévue à l'article 7.3, produit ses effets à l'égard du Participant dont l'affiliation est maintenue en application du présent article.

Obligations déclaratives du Participant

Le PARTICIPANT s'engage à fournir :

- 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, sous réserve de l'application du dernier alinéa du présent 6.1.4.

Toutefois, les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L. 1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

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

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

Lorsque la garantie Incapacité Temporaire de Travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'adhérent, et en l'absence de franchise contractuelle prévue par défaut, il est instauré une franchise de 180 jours continus pour le Participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant. L'Adhèrent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhèrent, 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 22 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 fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires en vigueur.

Elles sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B et de la tranche C si l'Adhérent a souscrit l'option « extension Tranche C », soumises à cotisations.

Les taux de cotisations sont mentionnés en annexe du contrat 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 aux effectifs de l'Adhérent.

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.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Pour les Adhérents n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au point 13 de l'article 4.1 communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

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

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

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

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

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

ARTICLE 19 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressé(e) à l'Adhérent par l'Institution.

19.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, 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 après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement et à la fiscalité.

ARTICLE 20 - EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

EXONERATION DES COTISATIONS

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

L'exonération est :

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

MAINTIEN DES GARANTIES

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

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

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

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

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

ARTICLE 21 - SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance est le salaire brut annuel soumis à cotisations de Sécurité Sociale, après éventuelle déduction forfaitaire spécifique de 20%, perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Pour les Participants titulaires d'une pension de vieillesse du régime obligatoire poursuivant une activité professionnelle salariée, le salaire de référence est constitué par la seule rémunération perçue au titre de l'activité salariée, au cours des douze mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Le salaire de référence est limité à la Tranche B ou à la Tranche C si l'Adhérent a souscrit l'option « Extension Tranche C ».

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, il est procédé à une reconstitution du salaire de référence.

ARTICLE 22 - REVALORISATION

CHAMP D'APPLICATION

Sont revalorisables, outre la rente de conjoint dont la revalorisation est définie au sein de l'article 9 :

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

REVALORISATION DES PRESTATIONS

La revalorisation s'effectue sur la base du pourcentage de revalorisation des pensions du régime de base de la Sécurité sociale constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

La première revalorisation des prestations intervient le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

ARTICLE 23 - RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

CAS ET CONDITIONS DE RESILIATION

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 18.

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.

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 L622-13 du code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité prévue à l'article 16.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUELEMENT DU CONTRAT D'ADHESION

Vis-à-vis de l'Adhèrent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

L'Institution ne saurait être responsable du manquement de l'Adhèrent 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 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 définie à l'article 22, 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 24 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants du participant, ceux de son conjoint non divorcé ou du concubin notoire, non séparé de corps judiciairement, du partenaire lié par un PACS :
 - s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice,
 - ou si, âgés de moins de 26 ans ils justifient de la poursuite de leurs études avec inscription régulière au régime de la Sécurité sociale des étudiants.
 - ou encore si, âgés de moins de 26 ans, ils sont sous un contrat d'apprentissage ou en formation alternée. Dans ces deux cas, ils sont considérés comme étant à charge pendant la durée de celui-ci ou celle-ci.
- Les enfants du salarié décédé, nés dans les 300 jours suivant le décès.

ARTICLE 25 - RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les sinistres qui résultent :

- **d'une participation active du Participant dans des événements de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'actes de terrorisme, de rixes, à l'exclusion des cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;**
- **d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, en cas de décès du Participant. Le capital ou les rentes seront toutefois versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :**
 - **aux autres bénéficiaires désignés,**
 - **ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire ;**
- **de la transmutation du noyau de l'atome.**

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 26 - RECOURS – PRESCRIPTION

RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties Prévoyance définies dans les présentes Conditions Générales 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.

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, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, 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 :

- 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 de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

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

ARTICLE 27 - RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES

L'Institution met à la disposition des Participants et des ayants droit la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du (des) présent(s) contrat, 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, l'Institution 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 l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, le Participant 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 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 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 le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

ARTICLE 28 - CONTROLE

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 29 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

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'Adhèrent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE 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 que le Participant communique sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou 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 du Participant 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, ses données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données du Participant est mentionné 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-donneesp personnelles@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. L'organisme assureur peut demander au Participant de lui fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Pour en savoir plus, le Participant peut consulter le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE

Si l'Adhèrent ou le Participant ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il bénéficie du droit de s'inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement l'Adhèrent ou le Participant s'il ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée 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 reçu, avec les solennités requises, par un officier public ayant compétence et qualité pour instrumenter, et défini à l'article 1369 du Code civil.

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

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'événements.

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

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

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 : Evénement 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.
- Tranche C : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et huit fois celui-ci.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

DECLARATION DES SINISTRES

Les Participants, l'Adhérent et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour mettre en œuvre les garanties du contrat et le versement des prestations correspondantes, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

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 A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Rente éducation	Rente de conjoint	Incapacité temporaire	Invalidité	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	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		X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		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	X			Établissement Scolaire

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Rente éducation	Rente de Conjoint	Incapacité temporaire	Incapacité	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Extrait d'acte de décès	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du Conjoint décédé							Mairie
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	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	X					Notaire / Mairie
En cas d'Accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		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					MDPH
Copie de la pièce d'identité du Bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	X	X	X	X			Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités			X	X	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.

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

DELAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DECHEANCE PARTIELLE

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessus 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 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) :** dans un délai maximum de **deux ans** à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, 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 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 du (des) bénéficiaire(s) 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'organisme 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 réclamés 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.

CONTROLES MEDICAUX

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

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

De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Institution. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, 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 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'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant, le Participant et l'Institution 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'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 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.

DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DECES

A compter de la date du décès du Participant, le capital forfaitaire, l'allocation forfaitaire ou les arrérages de rente dus par l'Institution sont revalorisés jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat.

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

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

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

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

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès aux(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) à l'article 10. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

L'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 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 SURTAXE