

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES
D'INSTALLATION SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN,
REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL AERAUQUE, THERMIQUE,
FRIGORIFIQUE ET CONNEXES**

CONDITIONS GENERALES

REGIME DE PREVOYANCE CONVENTIONNEL

GARANTIES DECES - INCAPACITE - INVALIDITE

(Référéncées « CG-CCN Froid-PREV-avril 2012 »)

TITRE I

ADHESION AU REGIME

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 27 mars 2006, instaurant les garanties du régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

L'entreprise, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes, adhère au contrat 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 ». L'Institution est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale.

Les présentes Conditions Générales fixent les conditions dans lesquelles l'Institution, garantit aux participants ou à leurs ayants-droit les prestations Décès et Arrêt de Travail prévues par la Convention collective.

ARTICLE 2 – ADHESION

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

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné et retourné à l'entreprise et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT- RENOUELEMENT

L'adhésion de l'Adhérent expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Elle 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, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

ARTICLE 4 - PARTICIPANTS

L'Adhérent devra obligatoirement 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 en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise devront être déclarés à l'institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".

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

ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, sont garantis à la prise d'effet dudit accord:

- l'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent ;
- les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes invalidité ou incapacité permanente professionnelle, rente éducation en cours de service, que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un salarié dont le contrat n'est pas rompu, par un organisme assureur précédent ;
- le maintien des garanties décès, que le contrat de travail soit rompu ou non, pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité et d'invalidité versées par un organisme assureur en application d'un contrat souscrit antérieurement au 1er janvier 2002, sous réserve que le maintien de ces garanties ne soit pas déjà prévu par le contrat antérieur.

Ce maintien prend effet, d'une part, si les entreprises concernées communiquent un état détaillé de ces bénéficiaires, et, d'autre part, si le précédent organisme assureur transmet les provisions effectivement constituées à la date de la résiliation de son contrat, en application de l'article 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la prise d'effet du régime de prévoyance auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre le contrat, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation conventionnelle.

Dans ce cas l'Institution calculera la cotisation additionnelle nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime.

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 égal à :**

- **100 % du salaire brut annuel de référence.**

ARTICLE 7 – INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE

Dès la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive par la Sécurité sociale, le participant peut percevoir par anticipation, s'il en fait la demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes ainsi que les rentes éducation.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie Capital Décès.

L'invalidité absolue et définitive (I.A.D.) du participant s'entend de :

- la reconnaissance, par la Sécurité Sociale, d'une invalidité de 3ème catégorie ou d'une incapacité permanente d'un taux de 100 % au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- le mettant définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité rémunératrice,
- l'obligeant à recourir, sa vie durant, à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

En cas d'invalidité absolue et définitive du participant, l'Institution lui verse :

- le Capital Décès «Toutes Causes»,
- s'il y a lieu les Rentes Education définies ci-après.

ARTICLE 8 – RENTE ÉDUCATION (assurée par l'OCIRP)

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un participant, l'Institution verse à chacun des enfants à charge tels que définis à l'article 27 une rente temporaire égale à :

- **jusqu'au 12^{ème} anniversaire : 8 % du salaire brut annuel de référence**
- **du 12^{ème} au 18^{ème} anniversaire : 10 % du salaire brut annuel de référence**
- **du 18^{ème} au 26^{ème} anniversaire * : 15 % du salaire brut annuel de référence**

* sous conditions définies à l'article 25

La rente est viagère pour les enfants à charge infirmes tels que définis à l'article 27, tant que les conditions requises sont remplies.

Le montant varie en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite alors « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite indiqué ci dessus.

La rente est payable par trimestre civil et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou l'invalidité permanente et absolue du participant. Cette rente est versée après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G., C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

En cas de décès, chaque rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

En cas d'invalidité permanente et absolue, la rente d'éducation est versée dans les mêmes conditions que ci-dessus.

La garantie rente éducation est assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (l'OCIRP), Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège est situé 17 rue de Marignan 75008 Paris qui a confié la gestion de ses garanties à l'Institution.

L'OCIRP est seul porteur de la présente garantie et est seul responsable de la bonne fin des prestations.

ARTICLE 9 – BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

MODALITES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du participant auprès de l'Institution. Le participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé « Désignation de bénéficiaire(s) » et en le retournant à l'Institution.

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

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

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

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

CLAUSE BENEFICIAIRE CONVENTIONNELLE

A défaut de désignation de bénéficiaire, le capital décès est versé :

- au conjoint du participant non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
- à défaut, au concubin ou partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) et justifiant d'une domiciliation fiscale commune d'un an à la date du décès,
- à défaut, par parts égales aux enfants du participant nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut par parts égales au père et à la mère du participant ou au survivant de l'un d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers du participant en proportion de leurs parts héréditaires.

CAS PARTICULIERS

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 10 – MAINTIEN DE SALAIRE

Pour les participants ayant une ancienneté **minimum de 1 an** dans l'entreprise, l'Institution verse à l'Adhérent une indemnité égale à, du **16^{ème} au 45^{ème} jour d'arrêt de travail continu** :

- **80 % du salaire de référence**
sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

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.

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 :

- se trouve, 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, 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.

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

- **à l'expiration d'une franchise de 45 jours continus par arrêt de travail** pour les participants ayant une ancienneté minimum de 1 an dans l'entreprise au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.
- **à l'expiration d'une franchise de 90 jours continus par arrêt de travail** pour les participants n'ayant pas l'ancienneté requise de 1 an dans l'entreprise.

L'Institution ne verse ses prestations que si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption, dépasse la période de franchise.

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières est égal à :

- **75 % du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.**

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

Lorsque l'Institution intervient en complément d'un salaire versé par l'employeur en cas de mi-temps thérapeutique, c'est-à-dire lorsqu'après une incapacité temporaire de travail, le participant reprend une activité salariée partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par la Sécurité sociale d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération déduite, il sera également déduit cette fraction de salaire.

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

CAS PARTICULIER

Dans le cas des participants n'ayant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale en raison d'une durée insuffisante d'activité salariée ou d'un montant insuffisant de cotisations sociales au cours d'une période déterminée, les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

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,

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'invalidité au travail.

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 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 et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale au fur et à mesure de leur réception par l'Institution. L'Adhèrent 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'Adhèrent, ce paiement libérant l'Institution à l'égard du participant. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement au participant. Lorsque ces
CG-CCN Froid-PREV-avril 2012- Maj à effet du 01/01/2019

prestations sont versées directement au participant, elles le sont après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

ARTICLE 12 – MATERNITE – PATERNITE - ADOPTION

L'institution verse à tout(e) participant (e) pendant le congé légal de maternité prénatal et postnatal, de paternité ou d'adoption, une prestation complémentaire aux indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, dont le montant est égal à :

- **81 % du salaire de référence, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.**

ARTICLE 13 – INVALIDITE PERMANENTE

DEFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

L'Institution verse en cas d'invalidité du participant, une prestation sous forme de rente.

Est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Institution, le participant qui, suite à une maladie ou un accident, se trouve, de manière définitive et permanente, inapte totalement ou partiellement à l'exercice de son activité professionnelle et qui est admis au bénéfice de l'assurance Invalidité de la Sécurité sociale ou d'une rente d'incapacité permanente telle que prévue dans le Code de la Sécurité sociale.

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 par la Sécurité sociale.

MONTANT DE LA RENTE

L'Institution verse une rente, en fonction de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente déterminé, dont le montant s'élève à :

- **Invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie ou Incapacité Permanente Professionnelle au taux d'incapacité ≥ 66 % :** **75 % du salaire de référence sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.**

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.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITE

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées directement au bénéficiaire. Ces prestations sont versées après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Elles cessent :

- à la date à laquelle le participant cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- à la date où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 66 %,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, 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.

ARTICLE 14 – 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 25.

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 GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR LES CADRES RELEVANT DES ARTICLES 4 ET 4 BIS DE LA CCN DU 14 MARS 1947

Les entreprises ont la possibilité d'améliorer les garanties du régime dans le cadre des contrats complémentaires, notamment pour satisfaire à l'obligation d'assurance découlant de l'article 7 de la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947 (garantie décès) ou à toute autre garantie (rente éducation, rente conjoint, frais de santé, ...) ainsi que la couverture des charges patronales et/ou salaires afférents aux prestations résultant de la garantie maintien du salaire des premiers jours d'arrêt de travail.

CHAPITRE IV - GARANTIES D'ASSISTANCE

En complément des garanties souscrites par l'Adhérent, des garanties assistance sont accordées par l'Institution. Ces garanties d'assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n°433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint Cloud Cedex.

Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont définies dans la notice séparée jointe, établie par FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

TITRE III

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 15 – 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 d'affiliation du participant au contrat.

En cas de décès du participant, les droits sont ouverts sous la condition que le décès survienne en période de couverture, c'est-à-dire :

- que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur dans l'entreprise ;
- que le salarié, au moment du décès, fasse partie de la population couverte.

En cas d'invalidité absolue et définitive, les droits sont ouverts sous la condition que la reconnaissance par la Sécurité sociale survienne en période de couverture, c'est-à-dire :

- que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur dans l'entreprise,
- que le participant, au moment de la reconnaissance, fasse partie de la population couverte.

Sont indemnisées tous les sinistres dont l'origine est située entre la date d'effet de l'adhésion et celle de la résiliation ou de la suspension de l'adhésion.

En cas de modification de la convention, les droits des participants ayant des prestations en cours restent régis par les dispositions conventionnelles en vigueur au moment de l'origine de la maladie ou de l'accident.

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au participant dont le contrat de travail est suspendu quel qu'en soit le motif pour la période au titre de laquelle il bénéficie :

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

L'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au participant dont la suspension du contrat de travail non rémunéré est d'une durée inférieure à un mois.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations excepté pour le participant en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement

Cependant, en cas de suspension du contrat de travail pour congé parental, les garanties en cas de décès et d'Invalidité Absolue et Définitive sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

ARTICLE 16 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Sous réserve de l'application de l'article 17 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 des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 32 des présentes conditions générales.

ARTICLE 17 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

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

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'elle devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A 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 DUREE 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.

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

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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 « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la 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.

Pour la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, le participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) 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 l'addenda 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 salariés en activité. 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.

ARTICLE 18 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des cotisations est égal à la somme du salaire brut et des primes, allocations d'heures supplémentaires et autres éléments se rapportant à la période normale et soumis à charge sociale dans la limite des Tranches A et B.

GARANTIES	TRANCHE A			TRANCHE B		
	Part patronale	Part salariale	TOTAL	Part patronale	Part salariale	TOTAL
Capital Décès	0.17 %	/	0.17 %	0.17 %	/	0.17 %
Rente Education	0.0875 %	0.0425 %	0.13 %	0.13 %	/	0.13 %
Incapacité temporaire de travail	0.060 %	0.29 %	0.35 %	0.14 %	0.64 %	0.78 %
Incapacité permanente	0.08%	0.29 %	0.37 %	0.26 %	0.55 %	0.81 %
Total Participant ayant moins d'un an d'ancienneté	0.3975 %	0.6225 %	1.02 %	0.70 %	1.19 %	1.89 %
Maintien de salaire	0.14 %	/	0.14 %	0.33 %	/	0.33 %
Total Participant ayant plus d'un an d'ancienneté	0.5375 %	0.6225 %	1.16 %	1.03 %	1.19 %	2.22 %

ARTICLE 19 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

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

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

Pour les Adhérents n'entrant pas dans le périmètre de la Déclaration Sociale Nominative, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires 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 20 - SORT DU CONTRAT EN CAS DE REDRESSEMENT, LIQUIDATION JUDICIAIRE OU PROCEDURE DE SAUVEGARDE

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

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

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

ARTICLE 21 - 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 présent au travail 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.

MAINTIEN DES GARANTIES

L'ensemble des garanties souscrites sont maintenues au participant indemnisé :

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, dans les conditions en vigueur à la date d'arrêt de travail,
- 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 II,
- en cas de résiliation du contrat.

ARTICLE 22 - DECLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET REGULARISATION

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 23 - DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE

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. La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'évènements.

Si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN, il s'engage à veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire.

o Si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN, l'Adhérent s'engage :

- à communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, la Déclaration d'Affiliation dûment renseignée par chaque membre du personnel appartenant à la catégorie assurée,

- à déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour elle qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie assurée ou en sort, notamment en cas de départ de l'entreprise,

o Tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN, l'Adhérent maintient auprès de l'Institution :

- sa déclaration trimestrielle d'effectif de la catégorie assurée et de la masse salariale brute (correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des personnes affiliées au contrat) ventilée par tranche soumise à cotisations sociales, lors des appels de cotisations émis par l'Institution;

- sa communication annuelle d'un état nominatif annuel des salaires, comme indiquée dans l'article 22 des présentes Conditions Générales, par voie dématérialisée, afin de permettre l'ajustement des

cotisations éventuellement nécessaire par l'Institution au cours du premier semestre de l'année suivante,

- sa communication du 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,

ARTICLE 24 - SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations décès, IAD, maternité, paternité, adoption et maintien de salaire est égal à la somme du salaire brut tranche A et tranche B perçu au cours des 12 mois pleins précédant la date de l'arrêt de travail, du décès ou de l'événement ayant donné lieu à invalidité absolue et définitive, et des primes, allocations d'heures supplémentaires et autres éléments de salaires se rapportant à la période normale des 12 derniers mois d'activité et soumis à charges sociales.

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive d'un participant à la suite d'arrêt de travail, l'assiette des douze mois civils ayant précédé l'interruption de travail est revalorisée selon les modalités définies à l'article 23.

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente est égal au salaire brut Tranche A et Tranche B perçu au cours des douze mois pleins précédant la date de l'arrêt de travail, hors primes, allocations d'heures supplémentaires et autres éléments de salaire se rapportant à la période normale des douze derniers mois d'activité et soumis à charges sociales.

Pour le salarié n'ayant pas 12 mois de présence dans l'entreprise à la date de réalisation de l'évènement couvert en fonction des garanties du contrat, le salaire de référence est reconstitué sur la base des éléments fixes de rémunération du dernier mois complet d'activité.

Par Tranche A, il faut entendre la rémunération inscrite dans la limite du plafond de la Sécurité sociale fixé annuellement.

Par Tranche B, il faut entendre la rémunération comprise entre le montant du plafond et 4 fois ce montant.

ARTICLE 25 - REVALORISATION

Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité sont revalorisées en fonction de l'évolution annuelle de la valeur du point AGIRC-ARRCO.

Les rentes d'éducation sont revalorisées suivant l'évolution de l'indice général prévu par le conseil d'administration de l'OCIRP, assureur de la garantie Rente éducation gérée pour son compte par l'Institution.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité Sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation sera poursuivie par l'organisme assureur de ces garanties.

REVALORISATION POST-MORTEM

En cas de décès du participant, le versement par l'Institution du capital forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies aux présentes Conditions Générales. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital dû non versé par l'Institution, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du participant assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants⁽¹⁾:

- 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.

Par exception à ce qui précède, les dispositions suivantes s'appliquent à la rente assurée par l'OCIRP. A compter de la date du décès du participant et jusqu'à la date de réception par l'Institution, en sa qualité de gestionnaire, des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la rente éducation est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-2 du code des Assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant est la date à laquelle Humanis Prévoyance est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

(1) le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

ARTICLE 26 - DEFINITION DU CONJOINT

Le conjoint du participant reconnu au titre du contrat est :

- a/ Le conjoint du participant non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
- b/ A défaut, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité conformément à l'article 515-1 du code civil, justifiant d'une domiciliation fiscale commune d'un an à la date du sinistre
- c/ A défaut le concubin du participant, justifiant d'une domiciliation fiscale commune d'un an à la date du sinistre.

ARTICLE 27 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Les enfants bénéficiaires sont les enfants à charge du participant à la date de son décès, légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le participant ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant, si ce dernier est le parent légitime,
- âgés de moins de 18 ans,
- âgés de 18 ans et de moins de 21 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel, (revenu minimum légal en vigueur)
- âgés de 21 ans et de moins de 26 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au SMIC mensuel (revenu minimum légal en vigueur) et :
 - s'ils poursuivent leurs études secondaire ou supérieures et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité Sociale des étudiants pour ceux qui conservent leur affiliation audit régime jusqu'au 31 décembre 2019. Pour les étudiants non inscrits au régime de Sécurité sociale du fait de sa disparition ils doivent pouvoir justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé lors de l'adhésion individuelle puis annuellement par un certificat de scolarité,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de « mobilité inclusion » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.

ARTICLE 28 - EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie arrêt de travail les conséquences :

- de tentatives de suicide et de mutilation volontaire. La garantie reste acquise si cette tentative est intervenue deux ans au moins après l'affiliation du participant au contrat ou au cours des deux premières années en cas d'inconscience du participant,
- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur,
- la participation en tant que concurrent lors de concours de vitesse, courses, matches, paris (sauf compétition sportive amateurs).

Sont exclus des garanties décès :

- les conséquences de guerre civile ou étrangère,
- le suicide. La garantie reste acquise si le suicide est intervenu un an au moins après l'affiliation du participant au contrat ou au cours de la première année en cas d'inconscience du participant.

ARTICLE 29 - 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 5 ans en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

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 L.2240 du Code Civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article L.2241 à L.2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu à l'article L.2244 à L.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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) par le participant, le bénéficiaire, ou de l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire 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 30 - DÉCLARATION

Les déclarations faites, tant par l'Adhérent que par le participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

ARTICLE 31 - MAINTIEN DES PRESTATIONS INCAPACITÉ / INVALIDITÉ EN COURS APRÈS RÉSILIATION

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'Adhérent.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion de l'Adhérent, lorsque le participant bénéficie de prestations incapacité ou d'une rente d'invalidité en cours à la date d'effet de la résiliation, ces prestations continuent d'être versées par l'Institution au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Les prestations en cours de service étant maintenues au niveau atteint par l'Institution, elles cessent d'être revalorisées à compter de la date de résiliation.

ARTICLE 3220 - MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS POUR LES ARRÊTS DE TRAVAIL EN COURS À LA DATE DE RÉSILIATION

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'Adhérent.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion de l'Adhérent, les garanties en cas de décès (capital décès, rente d'éducation OCIRP) sont maintenues par l'Institution ou par l'OCIRP pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité et invalidité, et tant que se poursuit l'arrêt de travail survenu avant la résiliation, et ce, au niveau de prestation défini par l'accord conventionnel de prévoyance au jour de la résiliation.

ARTICLE 3321 - CLAUSE DE SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution est subrogée, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du participant ou de ses ayants-droit, contre les tiers responsables.

ARTICLE 34 - 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 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 – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'Institution pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

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

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

ARTICLE 35 - PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE

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 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 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.

ARTICLE 36 - CONTROLE

Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 Place de Budapest-CS 92459-75436 PARIS CEDEX 09).

ARTICLE 35 – RECLAMATIONS - MEDIATION

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 du présent contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
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'entreprise, le participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la Protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49

<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.

ANNEXE : VERSEMENT DES PRESTATIONS

PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour que les participants puissent bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

DECLARATION 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 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'entreprise (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.

DOCUMENTS A FOURNIR	Décès - IAD	Rente Education (OCIRP)	Incapacité de Travail (Indemnités Journalières)	Incapacité Permanente (rentes)
Déclaration de Décès (<i>Formulaire de l'Institution</i>)	●	●		
Un extrait d'acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du participant	●	●		
La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires	●	●	●	●
Un extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaires	●	●		
Une copie du livret de famille, un certificat d'hérédité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non séparation judiciaire et de non divorce	●			
S'il y a lieu, une attestation ou copie de l'attestation d'inscription d'un PACS délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance	●			
S'il y a lieu, une attestation de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	●			
Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du participant	●			
S'il y a lieu, une copie du rapport de police ou du procès verbal de gendarmerie	●			
Photocopie du dernier avis d'imposition	●	●		
Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans	●	●		
Une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants	●	●		
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 %	●			
La notification d'attribution d'une pension ou de rente d'invalidité permanente, émanant de la Sécurité sociale	●			●

DOCUMENTS A FOURNIR	Décès - IAD	Rente Education (OCIRP)	Incapacité de Travail (Indemnités Journalières)	Incapacité Permanente (rentes)
Les photocopies des bulletins de salaires correspondant à la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●
Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal du ou des bénéficiaires		●	●	●
La déclaration d'arrêt de travail <i>(Formulaire de l'Institution)</i>			●	
Un certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident			●	●
Les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			●	
La déclaration d'Invalidité <i>(Formulaire de l'Institution)</i>				●
Le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité sociale				●
Une attestation du Pôle Emploi, si le participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme			●	●

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Le participant s'engage à informer, sans délai, l'Institution de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'Institution et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au Pôle Emploi,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le participant perçoit un salaire de l'Adhérent et d'autres employeurs, le participant doit communiquer à l'Institution le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

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

MODALITE ET DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution règle ses prestations de Prévoyance (notamment par virement bancaire ou postal) auprès du participant, de l'Adhérent ou du bénéficiaire, généralement dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris.

Versement des prestations décès

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). 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.

CONTROLES MEDICAUX

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

2. 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.

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 contractuelle

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ