

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU ENTREPRISES DE GÉOMÈTRES-EXPERTS, GÉOMÈTRES TOPOGRAPHES, PHOTOGRAMMÈTRES ET EXPERTS FONCIERS

CONDITIONS GENERALES

REGIME DE PREVOYANCE CONVENTIONNEL

GARANTIES PREVOYANCE

(référencées CG-CCN Géomètres – Prévoyance – 2016 – maj 11-17)

Personnel affilié à l'AGIRC et Personnel non affilié à l'AGIRC

SOMMAIRE

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL	3
<i>ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME</i>	<i>3</i>
<i>ARTICLE 2 - ADHESION.....</i>	<i>3</i>
<i>ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU REGIME - RENOUELEMENT</i>	<i>3</i>
<i>ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT</i>	<i>4</i>
<i>ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS.....</i>	<i>5</i>
<i>ARTICLE 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL</i>	<i>5</i>
TITRE II – GARANTIES DECES	6
<i>ARTICLE 7 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES.....</i>	<i>6</i>
<i>ARTICLE 8 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES</i>	<i>6</i>
<i>ARTICLE 9 - RENTE ÉDUCATION.....</i>	<i>6</i>
<i>ARTICLE 10 - RENTE HANDICAP.....</i>	<i>6</i>
<i>ARTICLE 11 - RENTE DE CONJOINT.....</i>	<i>7</i>
<i>ARTICLE 12 - DÉCÈS ACCIDENTEL</i>	<i>7</i>
<i>ARTICLE 13 - DOUBLE EFFET.....</i>	<i>7</i>
<i>ARTICLE 14 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE.....</i>	<i>7</i>
<i>ARTICLE 15 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS.....</i>	<i>8</i>
<i>ARTICLE 16 – ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES</i>	<i>8</i>
<i>ARTICLE 17 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS</i>	<i>8</i>
<i>ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE</i>	<i>9</i>
<i>ARTICLE 19 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE</i>	<i>9</i>
TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	10
<i>ARTICLE 20 - MAINTIEN DE SALAIRE.....</i>	<i>10</i>
<i>ARTICLE 21 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL.....</i>	<i>11</i>
<i>ARTICLE 22 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE</i>	<i>12</i>
TITRE IV – DISPOSITIONS GENERALES.....	13
<i>ARTICLE 23 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES</i>	<i>13</i>
<i>ARTICLE 24 - PERIODE DE COUVERTURE.....</i>	<i>13</i>
<i>ARTICLE 25 - PORTABILITE DES DROITS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE</i>	<i>13</i>
<i>ARTICLE 26 - COTISATIONS.....</i>	<i>14</i>
<i>ARTICLE 27 - REVALORISATION DES PRESTATIONS</i>	<i>15</i>
<i>ARTICLE 28 – ÉXONÉRATION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES.....</i>	<i>15</i>
<i>ARTICLE 29 – RÉSILIATION DU CONTRAT</i>	<i>16</i>
<i>ARTICLE 30 - DÉFINITION DU CONJOINT.....</i>	<i>17</i>
<i>ARTICLE 31 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE</i>	<i>17</i>
<i>ARTICLE 32 - EXCLUSIONS.....</i>	<i>17</i>
<i>ARTICLE 33 - RECOURS SUBROGATOIRE.....</i>	<i>18</i>
<i>ARTICLE 34 - PRESCRIPTION</i>	<i>18</i>
<i>ARTICLE 35 - VERSEMENT DES PRESTATIONS.....</i>	<i>19</i>
<i>ARTICLE 36 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....</i>	<i>21</i>
<i>ARTICLE 37 - CONTROLE - RECLAMATIONS - MEDIATION</i>	<i>21</i>
L'action sociale : une dimension humaine	22

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts-fonciers (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 13 octobre 2005, instaurant les garanties du régime de prévoyance au profit des salariés de la branche.

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, dont le siège social est situé au 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, régie par le Code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée « 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.

Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée, en application de la Convention collective à gérer les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP, Organisme commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance – Union d'institutions de prévoyance régie par les dispositions du titre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan 75008 Paris.

ARTICLE 2 - ADHESION

L'adhésion au régime résultant de l'accord de prévoyance du 13 octobre 2005 (étendu le 24 juillet 2006, JO du 2 Août 2006) est régie par les présentes Conditions Générales.

Afin d'adhérer au régime, 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.

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

L'adhésion de l'entreprise au régime expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction, au 1^{er} janvier, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et 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.

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

La faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte tant que l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par la Convention Collective nationale.

Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'entreprise adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective, l'entreprise devra notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception qui aura valeur de lettre de résiliation.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

4.1 OBLIGATIONS DECLARATIVES ET D'INFORMATION

L'Adhérent s'engage à :

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'entreprise 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 ci-dessous 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 la Catégorie assurée.

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 la Catégorie assurée, et comprenant notamment leur nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale.

4. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans l'effectif de l'entreprise si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN.

5. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN.. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou de l'évolution.

6. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier de son maintien d'affiliation en application de l'article 6 des présentes Conditions Générales.

7. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations émis par celle-ci, l'effectif 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.

8. 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.

8. 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.

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 d'un contrat de prévoyance collective.

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 une 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 à celle-ci.

ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale sans être indemnisés au titre du régime de prévoyance complémentaire, l'Institution prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent régime. Toutefois, ces dispositions sont conditionnées au paiement par l'Adhérent d'une cotisation supplémentaire si ce dernier a adhéré au-delà du 1^{er} janvier 2007.

S'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'Institution ne prendra en charge que la revalorisation des prestations en cours de service, dans la mesure où cela n'a pas été prévu par le précédent organisme assureur.

ARTICLE 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

6.1 CONDITIONS D'AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel de l'Adhérent.

On entend par ensemble du personnel :

- le personnel salarié « cadre » : salariés affiliés à l'AGIRC,
- le personnel salarié « non cadre » : salariés non affiliés à l'AGIRC.

Les salariés affiliés au contrat, sont ci-après dénommés « Participant ».

6.2 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les Participants qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation ;
- congé pour création d'entreprise ;
- journée d'appel pour la défense, périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de l'Adhérent.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du Participant concerné.

TITRE II – GARANTIES DECES

ARTICLE 7 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES

- Concernant les Participants en activité :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes.

- Concernant les Participants en arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues à l'article 26 des présentes Conditions Générales.

- Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire annuel brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

ARTICLE 8 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

En cas de décès du Participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

Ce capital dépend de la situation de famille de l'assuré au moment du décès et comporte une majoration pour enfant à charge au sens du régime.

La notion «séparé» s'entend de la personne mariée ou pacsée séparée de droit ou de fait.

ARTICLE 9 - RENTE ÉDUCATION

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chacun des enfants à charge au moment du décès une rente temporaire d'éducation, dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion (si l'enfant est mineur : à son représentant légal).

Les rentes éducation sont versées sans limite de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Les rentes prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du Participant. Elles sont servies trimestriellement à terme échoir, au début de chaque trimestre civil.

Le service de la rente cesse au premier jour du trimestre au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions prévues à l'article 28 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 10 - RENTE HANDICAP

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chacun des enfants handicapés à charge au moment du décès une rente handicap, dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

La rente handicap est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Sont bénéficiaires de la garantie rente handicap, le ou les enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies du Code général des impôts.

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du Participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est/sont atteint(s) le/les bénéficiaire(s) potentiels.

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier notamment :

- Un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la COTOREP ou la CDES ;
- La preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et citoyenneté des personnes handicapées ;
- Un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du salarié. Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

ARTICLE 11 - RENTE DE CONJOINT

En l'absence d'enfant à charge au moment du décès, une Rente temporaire de conjoint d'un montant fixé en annexe du contrat d'adhésion est versée au conjoint, pour une durée maximum de 10 années et cesse d'être versée au plus tard à la liquidation de la pension vieillesse du bénéficiaire.

ARTICLE 12 - DÉCÈS ACCIDENTEL

Le capital décès «toutes causes» est doublé en cas de décès accidentel.

L'accident se définit d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ARTICLE 13 - DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS (sous réserve des conditions prévues à l'article 27 des Conditions Générales), qu'il soit simultané ou postérieur au décès du Participant, l'Institution verse, par parts égales aux enfants à charge au moment du décès, un capital dont le montant est précisé en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 14 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le capital est versé par anticipation au Participant qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive, à condition qu'il en fasse la demande, indépendamment de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente qui lui sera servie

Un Participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il est reconnu :

- soit invalide 3^{ème} catégorie au titre de l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie,
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale au taux de 100 %, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital met fin à la garantie décès

ARTICLE 15 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès du Participant survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), l'Institution prend en charge les frais de rapatriement du corps et les frais de déplacement d'un proche du Participant (conjoint, concubin, pacsé, frère, sœur, ascendant, descendant), dont les montants sont fixés en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 16 – ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis aux articles 27 et 28 des Conditions Générales, une allocation dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production de la facture originale acquittée.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

ARTICLE 17 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

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 " 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.

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est servi dans l'ordre suivant :

- à son conjoint marié ou au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin tel que défini à l'article 27 ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses parents par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée à la personne au titre de laquelle elle a été accordée (si enfant mineur : à son représentant légal).

ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

Les garanties décès – invalidité absolue et définitive sont maintenues, sans cotisation, à tout Participant en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'Institution, à compter du 1er jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cet arrêt soit intervenue en période de couverture, c'est-à-dire entre la date d'effet de l'adhésion et sa date de résiliation.

Le changement d'organisme assureur est sans effet sur le maintien de la garantie décès, par l'Institution, au profit des personnes visées ci-dessus.

Dans ce cas, la revalorisation des rentes éducation continuera d'être assurée par l'OCIRP pour la couverture de cette garantie, selon les modalités prévues au premier alinéa de l'article 26 des présentes Conditions Générales, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale et la loi no 89009 du 31 décembre 1989, modifiée par la loi no 2001-624 du 17 juillet 2001.

ARTICLE 19 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

- La déclaration de décès (formulaire de l'Institution)
- Un extrait d'acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du participant ou le cas échéant des ayants droit décédés (Allocation Obsèques)
- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires
- Les photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation
- S'il y a lieu une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie
- Une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le(s) concernant
- La photocopie du livret de famille du participant, un certificat d'hérédité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire et de non divorce
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du participant
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des enfants à charge.
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 16 ans
- Un extrait d'acte de naissance des enfants pour le versement des prestations de rentes éducation et handicap
- Un certificat médical concernant l'enfant handicapé pour le versement de la rente handicap
- Un relevé d'Identité Bancaire ou Postal du bénéficiaire pour le versement des prestations sous forme de rentes
- Pour la prestation Allocations Obsèques, un justificatif des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de douze ans.

TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 20 - MAINTIEN DE SALAIRE

20.1 DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si l'Adhérent a choisi cette garantie, l'Institution lui verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail du Participant des indemnités journalières couvrant tout ou partie de ses obligations conventionnelles selon la franchise retenue.

En complément des indemnités journalières l'Adhérent peut aussi opter pour une indemnisation forfaitaire au titre des charges patronales assises sur le salaire maintenu.

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

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

En cas de réduction de la prestation de la 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.

20.2 MONTANT ET DURÉE D'INDÉMNISATION

Début de l'indemnisation

La période de versement des indemnités par l'Institution prend effet au terme de la période de franchise retenue par l'Adhérent telle que mentionnée en annexe I du contrat d'adhésion.

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

En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnel ou un accident du travail, il n'est pas fait application de la franchise ci-dessus, l'Institution verse ses indemnités à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Montant et durée de l'indemnisation

Le Montant et la durée d'indemnisation dépend de l'ancienneté du Participant. Le montant s'obtient par application d'un taux, figurant en annexe du contrat d'adhésion, à la base des prestations sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

Si plusieurs congés de maladie ou d'accident du travail donnant lieu à indemnisation interviennent au cours d'une période de douze mois consécutifs, **la durée totale d'indemnisation ne pourra excéder les durées maximales d'indemnisation mentionnées en annexe du contrat d'adhésion.**

20.3 REGLE DE CUMUL

Le total de la rémunération perçue de l'Adhérent, des indemnités versées par la Sécurité sociale, des indemnités complémentaires versées par l'Institution et de tous autres organismes ne peut excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.

20.4 CHARGES SOCIALES PATRONALES

Si l'Adhérent a retenu cette option, l'Institution lui verse en plus des indemnités journalières, une indemnité forfaitaire au titre des charges sociales patronales dues sur les prestations complémentaires précitées. Cette

indemnité s'obtient par application d'un taux, figurant en annexe du contrat d'adhésion, aux indemnités complémentaires versées par l'Institution au titre de la garantie Maintien de salaire.

20.5 CESSATION DE LA GARANTIE

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

- dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- dès que le participant reprend son activité professionnelle y compris à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date à laquelle le participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partiel),
- à la fin des obligations conventionnelles de l'Adhérent au titre du Maintien de salaire.

ARTICLE 21 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

21.1 DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, le Participant, l'institution verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

Les prestations sont versées à l'Adhérent si le Participant fait encore partie de l'effectif ou directement à ce dernier dans le cas contraire.

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet en complément et en relais des garanties de maintien de salaire au titre de la convention collective, soit à compter du 121^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et à l'issue du délai de franchise.

Le délai de franchise est de 3 jours à compter de l'expiration des droits au maintien de salaire en cas de maladie ou en cas de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du régime maladie ou d'accident. Aucun délai de franchise n'est appliqué en cas d'accident du travail ou de trajet, reconnu comme tel par la Sécurité sociale, et sous réserve des recours contre les tiers.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité Sociale, les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

La prestation pourra être suspendue en cas de fraude avérée ou de contre visite médicale niant la nécessité de l'arrêt.

21.2 SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Incapacité Temporaire est le dernier salaire total mensuel complet brut.

Il sera tenu compte de la durée de travail du salarié au moment de l'arrêt ainsi que des rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes versées au cours des douze derniers mois.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

21.3 CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le service des prestations, au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale et cesse à la survenance d'un des événements suivants :

- dès que le Participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale ;

- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 22 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE

22.1 DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66%, ou en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale (maladie ou accident de la vie privée) en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, l'Institution verse au Participant une prestation dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion, en fonction du seuils d'invalidité ou du taux d'incapacité.

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale (date d'effet de la notification). Le paiement de cette rente est effectué mensuellement à terme échu sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité sociale.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité sociale, les rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

22.2 SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE

Le salaire référence servant au calcul des prestations Invalidité – Incapacité permanente est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon les modalités prévues à l'article 26 des Conditions Générales, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

22.3 CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITE

Les prestations de l'Institution sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit une rente de la Sécurité sociale.

Le versement cesse d'être versé à la survenance d'un des évènements suivants :

- à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale (pour la garantie invalidité) ;
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66 % (pour la garantie incapacité permanente) ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude au travail, sous réserve de modification des dispositions légales concernant les pensions de retraite des invalides.

TITRE IV – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 23 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- à la date de la suspension ou résiliation de l'adhésion souscrite par l'entreprise ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord conventionnel de prévoyance.

Dès qu'un participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, l'Adhérent doit le signaler à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant l'événement.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 18 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 24 - PERIODE DE COUVERTURE

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement garanti doit survenir en période de couverture.

Cela signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise,
- et
- le Participant doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 6 des Conditions Générales.

Il est rappelé, conformément à la loi, que les prestations arrêt de travail et rentes en cours de service sont maintenues en cas de disparition de l'entreprise ou après cessation du contrat de travail du salarié indemnisé.

ARTICLE 25 - PORTABILITE DES DROITS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

25.1 BENEFICIAIRES ET CONDITIONS AU MAINTIEN DES GARANTIES DU REGIME

Les Participants dont le contrat de travail est rompu ou cesse, sauf rupture consécutive à une faute lourde, et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties du régime.

Le maintien des garanties est toutefois subordonné à l'envoi par l'Adhérent à l'Institution, d'une demande de maintien pour chaque Participant concerné dans un délai maximum de 20 jours suivant la date de cessation du contrat de travail du Participant. Passé ce délai, le maintien ne sera pas acquis pour le Participant concerné.

25.2 DATE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT

Le maintien s'applique dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail du Participant, sous réserve de la réception, par l'Institution, de la demande de maintien dans le délai prévu ci-dessus. Il est accordé pour une durée égale à la durée de la dernière période travaillé chez l'Adhérent, appréciée par mois entiers, dans la limite de 12 mois de couverture.

25.3 SUSPENSION ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT

Le maintien des garanties est suspendu avec la reprise d'une nouvelle activité rémunérée du Participant si celle-ci donne droit à des garanties de prévoyance complémentaires. Le cumul des suspensions ne pourra excéder la durée du maintien des garanties.

En tout état de cause, le maintien des garanties du contrat cesse de plein droit :

- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs ci-après ;
- à la date à laquelle le régime n'est plus en vigueur chez l'Adhérent ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'accord conventionnel.

25.4 OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

- dans les meilleurs délais, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- et pour toute demande de prestations, l'attestation mensuelle de paiement des allocations du régime d'assurance chômage de la période en cours.

25.5 GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail, **à l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail dite « Mensualisation / Maintien de salaire »**.

Les évolutions des garanties du contrat sont opposables au Participant.

Durant la période de portabilité des droits, l'adhérent s'engage à informer chaque participant bénéficiaire de la portabilité des droits de toute modification de garanties qui interviendrait au régime en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice établie par l'Institution.

25.6 ASSIETTE DES PRESTATIONS

La base de calcul des prestations reste constituée par le salaire défini contractuellement, précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.**

25.7 PLAFONNEMENT SPECIFIQUE DES PRESTATIONS INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Le total des prestations d'incapacité temporaire de travail versées par le Régime de Base, l'Institution ou tout autre organisme assureur, ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus de 100 % des allocations nettes du régime chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

25.8 FINANCEMENT

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant au Participant d'être couvert sans paiement de cotisations après la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 26 - COTISATIONS

26.1 ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'Adhérent à l'URSSAF ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées comme suit :

- Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

Les taux sont précisés au régime. L'assiette de calcul des cotisations dues au titre des garanties arrêt de travail n'inclut pas les prestations arrêt de travail versées par l'Institution.

26.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Sur demande de l'Adhérent, elles peuvent être recouvrées mensuellement à terme échu.

Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

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. 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.

26.3 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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 prévues à l'article 18.2 des présentes Conditions Générales.

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 27 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques sont revalorisées pour les garanties arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du salaire conventionnel, prévu par la Convention collective nationale des géomètres experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers.

Les rentes éducation, de conjoint et handicap sont revalorisées en fonction de celle du point OCIRP.

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, rente de conjoint et rente handicap sera poursuivie par l'OCIRP assureur de ces garanties.

ARTICLE 28 – EXONÉRATION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES

28.1 EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, et Arrêt de Travail :

- dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité-Incapacité Permanente Professionnelle 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-Incapacité Permanente Professionnelle.

28.2 MAINTIEN DES GARANTIES

Le Participant exonéré des cotisations visées à l'article 19 bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites :

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

- pour les garanties Décès et Rente Dépendance, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date du décès.

28.3 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 prévues aux articles 20 et 21 des présentes Conditions Générales,
- en cas de résiliation du contrat sous réserve des dispositions figurant à l'article 18 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 29 – RÉSILIATION DU CONTRAT

29.1 REDRESSEMENT, LIQUIDATION JUDICIAIRE OU PROCÉDURE DE SAUVEGARDE DE L'ADHÉRENT

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

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

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

29.2 DÉFAUT DE 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 « cotisations ».

29.3 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.

29.4 EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Vis-à-vis de l'Adhérent

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

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

Tout paiement de cotisation après la résiliation de l'adhésion, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

Vis-à-vis du Participant

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

29.5 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 de l'affiliation ou du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

29.5 EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON-RENOUVELLEMENT SUR LES GARANTIES DÉCÈS

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), les garanties décès, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues au chapitre II.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence défini à l'article 21 des présentes Conditions Générales, 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 30 - DÉFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an dans les deux cas précités est supprimée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition donnée à l'article 28 des présentes Conditions Générales, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

ARTICLE 31 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE

Est réputé à charge du Participant, l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adopté, ainsi que celui de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint en ait effectivement la charge, c'est-à-dire s'il pourvoit à ses besoins et assure son entretien directement ou par le biais d'une pension alimentaire, à la date de l'événement couvert et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du Participant, ou de son conjoint, sauf pour les enfants de plus de 16 ans déjà immatriculés,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation, ou s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il n'est pas salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

- Est considéré comme à charge, l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant.

ARTICLE 32 - EXCLUSIONS

L'Institution ne garantit pas :

- **les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères ;**
- **les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;**

- les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.

Outre les exclusions énoncées ci-dessus, il est également exclu de la garantie décès :

- le versement des prestations au bénéficiaire désigné lorsque le décès du participant a été provoqué volontairement par ce bénéficiaire et que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre. Dans ce cas, l'ensemble des prestations est versé aux autres bénéficiaires désignés et en l'absence d'autre bénéficiaire, selon l'ordre prévu à défaut à l'article 17 des présentes Conditions Générales. Toutes les dispositions pourront être prises par l'Institution afin que le bénéficiaire qui a fait l'objet d'une condamnation ne puisse pas percevoir, directement ou indirectement, les prestations prévues.

ARTICLE 33 - RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

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

ARTICLE 34 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent 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 la 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 l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent,
- en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution.

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

ARTICLE 35 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

35.1 MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour les garanties Décès et Arrêt de Travail, l'Institution effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du dossier.

Les règlements parviendront, par virement ou par chèque, à l'entreprise, au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) en fonction des garanties concernées.

35.2 OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

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

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

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

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

35.3 DÉLAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DÉCHÉANCE PARTIELLE

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés dans le tableau ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

- au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail :

Au plus tard dans le délai maximum de quatre-vingt-dix jours qui suit la date d'arrêt de travail

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 ce délai n'est pas respecté, et sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'Institution, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt 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) et Dépendance :

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 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 des prestations de la part du ou des bénéficiaires sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Institution, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'Institution 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.

35.4 CONTRÔLES MÉDICAUX

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

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.

35.5 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 aux(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

ARTICLE 36 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnill@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

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 37 - CONTROLE - RECLAMATIONS - MEDIATION

L'Institution et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout 75009 PARIS).

L'Institution met à la disposition de ses entreprises adhérentes et/ou de ses Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du 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 votre 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

<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.

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 surtaxé