

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

Accord de Prévoyance du 9 mars 2004

CONDITIONS GENERALES

RÉGIME DE PRÉVOYANCE

(référéncées : « CG/HP/PREV - CCN HPA - 2016 »)

Personnel cadre relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947
Personnel non cadre ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947

SOMMAIRE

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL	3
ARTICLE 1 - OBJET DU REGIME	3
ARTICLE 2 - ADHESION	3
ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU REGIME - RENOUELEMENT	3
ARTICLE 4 – OBLIGATIONS DES ENTREPRISES ADHERENTES	3
ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	4
ARTICLE 6 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL	5
TITRE II - GARANTIES	6
CHAPITRE I - GARANTIES DECES	6
ARTICLE 7 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES	6
ARTICLE 8 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE	6
ARTICLE 9 - DECES ACCIDENTEL	6
ARTICLE 10 - DOUBLE EFFET	6
ARTICLE 11 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DECES	6
ARTICLE 12 – RENTE EDUCATION - RENTE DE CONJOINT	7
ARTICLE 13 – RENTE HANDICAP	7
ARTICLE 14 – ALLOCATION OBSEQUES	8
ARTICLE 15 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	8
ARTICLE 16 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE DECES	8
CHAPITRE II - GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	10
ARTICLE 17 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL – MAINTIEN DE SALAIRE	10
ARTICLE 18 - VERSEMENTS ET DUREE DES PRESTATIONS MAINTIEN DE SALAIRE ET INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 19 - RENTE D'INVALIDITE (accident ou maladie de la vie privée)	11
ARTICLE 20 - INCAPACITE PERMANENTE (accident ou maladie de la vie professionnelle)	11
ARTICLE 21 - VERSEMENTS ET DUREE DES PRESTATIONS INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE	11
ARTICLE 22 - CAS PARTICULIER	11
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES	12
ARTICLE 23 - ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	12
ARTICLE 24 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE DES DROITS	12
ARTICLE 25 - SALAIRE DE REFERENCE	14
ARTICLE 26 - PRESTATIONS – RETENUE A LA SOURCE	14
ARTICLE 27 - REVALORISATION DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 28 - REVALORISATION POST MORTEM	15
ARTICLE 29 - DEFINITION DU CONJOINT	15
ARTICLE 30 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	15
ARTICLE 31 - CONTRÔLE MÉDICAL	16
ARTICLE 32 - EXCLUSIONS	17
ARTICLE 33 - DELAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DECHEANCE PARTIELLE	17
ARTICLE 34 - PRESCRIPTION	18
ARTICLE 35 - DÉCLARATION	18
ARTICLE 36 - CLAUSE DE SUBROGATION	18
ARTICLE 37 - RÉCLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES	18
ARTICLE 38 - CONTROLE	19
ARTICLE 39 - DISPOSITIONS DIVERSES	19
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	21

TITRE I – ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 - OBJET DU REGIME

Les partenaires sociaux de la Convention collective de l'Hôtellerie de plein air (dénommée ci-après « la convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 9 mars 2004, instaurant les garanties du régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

Les présentes Conditions Générales fixent les conditions dans lesquelles Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée « l'Institution », garantit aux participants ou à leurs ayants-droit les prestations Décès et Arrêt de travail prévues par la Convention collective.

Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation, la garantie rente handicap et la garantie rente conjoint assurées par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance – Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, en application de la Convention collective.

ARTICLE 2 - ADHESION

L'adhésion au régime résultant de l'accord de prévoyance du 9 mars 2004 de la Convention collective est régie par les présentes Conditions générales.

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise devra retourner à l'Institution un 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 - RENOUVELLEMENT

L'adhésion de l'entreprise au régime expire le 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuées par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

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.

Outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par l'entreprise par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

La faculté de renonciation 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 DES ENTREPRISES ADHERENTES

4.1 Obligations déclaratives 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 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. Communiquer à l'Institution la Déclaration d’Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d’effet du contrat d'adhésion,
- 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, y compris l’état nominatif annuel, 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.

3. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée.

4. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l’employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'employeur.

5. Déclarer à l’Institution tout salarié au contrat de travail suspendu en cours de contrat qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation.

6. Déclarer trimestriellement, à l’Institution, par le biais des appels de cotisations, l’effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au présent contrat, ventilée par tranches soumises à cotisations sociales.

7. 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.

8. Déclarer à l’Institution, dès qu’il en a connaissance, tous les salariés :

- en arrêt de travail pour lesquels il a fait diligenter une contre visite médicale ayant entraîné une mesure de suspension de son obligation de maintien de salaire,
- qui reprennent leur travail suite à un arrêt de travail indemnisé par l’Institution.

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

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

- la revalorisation des prestations en cours de service (indemnités journalières, rentes d’invalidité ou d’incapacité permanente professionnelle que le contrat de travail soit rompu ou non, ainsi que les rentes éducation en cours de service) et de la revalorisation de la base des garanties décès,
- l’indemnisation intégrale (Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Décès), en l’absence d’assureur antérieur, pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date de l’affiliation de l’Adhérent ;
- l’éventuel différentiel en cas d’indemnisation moindre d’un salarié dont le contrat de travail n’est pas rompu, par un organisme assureur précédent.

Au cas où un employeur, viendrait à adhérer au présent contrat au-delà du 31 décembre 2015, une pesée spécifique du risque représenté par cet employeur 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 conventionnel.

ARTICLE 6 – 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 :

- les salariés non cadres ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de 1947 ;
- les salariés cadres relevant des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de 1947.

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

Les garanties s'appliquent aux salariés permanents (tous contrats) et les salariés saisonniers dès lors qu'ils répondent aux conditions d'ancienneté suivantes :

- Garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive : sans condition d'ancienneté
- Garantie incapacité, y compris au titre du maintien de salaire et rentes invalidité : après six mois d'ancienneté dans l'entreprise, sans condition d'ancienneté pour les suites ou les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

TITRE II - GARANTIES

CHAPITRE I - GARANTIES DECES

ARTICLE 7 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

En cas de décès du participant défini à l'article 6 des présentes conditions générales, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est précisé en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 8 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE

Le capital prévu en cas de décès toutes causes 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 qui lui sera servie.

Le versement du capital en cas d'IAD met fin à la garantie « capital décès » du participant.

Le participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive s'il est classé avant la date d'effet de sa retraite :

- soit en invalidité 3^{ème} catégorie au titre de l'Article L. 341-4 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 % et avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

A la demande du participant, le capital pourra être versé en deux fois, le deuxième versement intervenant à la date anniversaire du premier.

ARTICLE 9 - DECES ACCIDENTEL

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

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

ARTICLE 10 - DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS postérieurement ou simultanément au décès du participant, l'Institution verse, par parts égales aux enfants à charge du conjoint survivant et assimilé, au sens fiscal, un capital dont le montant est précisé en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 11 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DECES

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.

Sauf stipulation contraire, écrite, valable le jour du décès, le capital décès prévu au titre de l'accord de prévoyance est versé :

- A son conjoint marié, concubin de fait ou partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS),
- 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 12 – RENTE EDUCATION - RENTE DE CONJOINT

En cas de décès d'un participant, il sera versé à chacun des enfants à charge à la date du décès, en complément du capital décès, une rente temporaire éducation dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion. Lorsque l'enfant est mineur, le versement est effectué à son représentant légal.

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, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance, au début de chaque trimestre civil. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès.

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 27 des présentes Conditions Générales ou au cours duquel le conjoint atteint l'âge légal de départ à la retraite.

ARTICLE 13 – RENTE HANDICAP

En cas de décès du participant, l'Institution verse une rente handicap à chacun des enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

13.1 Bénéficiaires

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide », ou tel que défini par l'article 199 septies du Code général des impôts.

13.2 Reconnaissance de l'Etat de Handicap

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 MDPH ou la CDAPH (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées);
- 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.

13.3 Service des rentes

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

La rente peut être versée sous forme de capital. Le montant de ce capital est égal à 80% du montant du capital constitutif de la rente.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du participant 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, sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives demandées.

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

ARTICLE 14 – ALLOCATION OBSEQUES

En cas de décès du participant, de son conjoint et assimilé ou d'un enfant à charge tels que définis aux articles 28 et 29 des présentes Conditions Générales, l'Institution verse une allocation dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

L'allocation est versée à la personne qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Cette couverture est supprimée pour les enfants mineurs âgés de moins de douze ans. Par ailleurs, aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès éventuellement prévues par le contrat, si le défunt assuré est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

La cotisation relative à cette garantie est incluse dans la cotisation des garanties décès du régime.

ARTICLE 15 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Les garanties prévues en cas de décès sont maintenues tant que se poursuit l'incapacité de travail ou le classement en invalidité, 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.

L'assiette de calcul de la prestation sera égale à l'assiette calculée au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, revalorisée sur la base de l'indice de revalorisation prévue à l'article 26 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 16 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE DECES

Les pièces justificatives à fournir au Gestionnaire 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 du participant 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 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 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 les prestations versées sous forme de rente
- Pour la prestation Allocation Obsèques, un justificatif des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de douze ans.

- Ainsi que les justificatifs suivants pour la garantie Invalidité Absolue et Définitive :
- Attestation indiquant la date initiale d'arrêt de travail,
 - La notification d'attribution de pension ou de rente d'invalidité permanente, émanant de la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits,
 - Le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité sociale,
 - La photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3ème catégorie ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %,

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.

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.

CHAPITRE II - GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

ARTICLE 17 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL – MAINTIEN DE SALAIRE

En cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'institution verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dont le montant est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

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

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.

ARTICLE 18 - VERSEMENTS ET DUREE DES PRESTATIONS MAINTIEN DE SALAIRE ET INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

18.1 Maintien de salaire

Le participant bénéficie d'indemnités journalières pendant les durées d'indemnisation prévues par l'Accord National Interprofessionnel de mensualisation du 10 décembre 1977, avec une indemnisation minimum de 60 jours.

L'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire est fixée à 6 mois pour les salariés cadres et non cadres. Toutefois en d'accidents du travail et de maladies professionnelles aucune ancienneté n'est requise.

Le délai de carence est de 6 jours d'arrêt continu pour maladie ou accident de la vie privée.

Aucun délai de carence n'est prévu pour maladie ou accident de la vie professionnelle ou accident de trajet.

Tableau récapitulatif des durées d'indemnisation

ANCIENNETÉ DANS L'ENTREPRISE	DURÉE TOTALE D'INDEMNISATION
Moins de 6 ans	60 jours
6 à 10 ans révolus	80 jours
11 à 15 ans révolus	100 jours
16 à 20 ans révolus	120 jours
21 à 25 ans révolus	140 jours
26 à 30 ans révolus	160 jours
31 ans et +	180 jours

La durée totale d'indemnisation mentionnée dans le tableau, tient compte des indemnités déjà versées au titre du présent régime durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré.

18.2 Incapacité Temporaire Totale (en relais du maintien de salaire)

A la suite de la garantie « Maintien de salaire », le participant bénéficie d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale.

L'ancienneté requise est fixée à 6 mois pour les salariés cadres et non cadres. Toutefois en d'accidents du travail et de maladies professionnelles aucune ancienneté n'est requise.

18.3 Cessation du paiement des prestations incapacité de travail et maintien de salaire

Le versement des prestations cesse :

- pour la garantie Maintien de salaire, à la fin de la durée d'indemnisation mentionnée ci-dessus,
- dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité Sociale,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
- à la date d'attribution d'une rente d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- pour la garantie incapacité temporaire de travail (en relais du maintien de salaire) au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 19 - RENTE D'INVALIDITE (accident ou maladie de la vie privée)

Tout participant reconnu invalide par la Sécurité sociale, a droit à une indemnisation complémentaire, dès lors qu'il bénéficie de la part de la Sécurité sociale d'une rente d'invalidité après un classement par celle-ci en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie. Le montant de cette indemnisation est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 20 - INCAPACITE PERMANENTE (accident ou maladie de la vie professionnelle)

Tout participant reconnu en incapacité permanente par la Sécurité sociale, a droit à une indemnisation complémentaire, dès lors qu'il bénéficie de la part de la Sécurité sociale, dans le cadre de l'assurance Accident du Travail et Maladie Professionnelle, d'une rente d'incapacité permanente assortie d'un taux d'incapacité au moins égal à 33 %. Le montant de cette indemnisation est fixé en annexe du contrat d'adhésion.

ARTICLE 21 - VERSEMENTS ET DUREE DES PRESTATIONS INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées directement au bénéficiaire.

Elles cessent :

- à la liquidation de la pension de 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 33% (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.

ARTICLE 22 - CAS PARTICULIER

Dans le cas des participants ne remplissant pas les conditions d'ouvertures aux prestations de la Sécurité sociale, les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

TITRE III DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 23 - ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

23.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du participant au régime.

En outre, les garanties s'appliquent aux salariés permanents (tous contrats) et aux salariés saisonniers dès lors qu'ils répondent aux conditions d'ancienneté suivantes :

- Les garanties Décès – Invalidité Absolue et Définitive : sans condition d'ancienneté,
- Les garanties Incapacité – Invalidité : après six mois d'ancienneté dans la branche, sans condition d'ancienneté pour les suites ou les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

23.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

• Conditions de suspension des garanties

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

- congé de formation,
- congé parental d'éducation,
- congé sabbatique,
- congé pour création d'entreprise.

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

Cependant, les garanties Décès décrites au titre II des présentes conditions générales peuvent être maintenues pendant la suspension de leur contrat de travail à la demande du salarié concerné moyennant le paiement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité.

• Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord Conventionnel de Prévoyance ou du protocole de gestion.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 16 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 24 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE DES DROITS

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 durée du maintien de l'affiliation :

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

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

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat.

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 déclaratives :

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

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties :

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « 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.

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.

Lorsque la garantie Incapacité temporaire de travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'adhérent, et en l'absence de franchise contractuelle prévue par défaut, il est instauré une franchise de 90 jours continus pour le participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant. L'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.

ARTICLE 25 - SALAIRE DE REFERENCE

25.1 En cas de décès – Invalidité Absolue et définitive

- Concernant les participants en activité :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Décès et Invalidité Absolue et Définitive est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès ou de l'événement ayant donné lieu à invalidité absolue et Définitive.

- Concernant les participants en arrêt de travail :

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.

- Concernant les saisonniers en dehors des périodes d'activité :

Dans le cas des saisonniers non-inscrits aux effectifs d'une entreprise de la Branche au moment du décès et bénéficiant de la présente garantie, le salaire de référence servant au calcul des prestations Décès correspond à la moitié des salaires bruts soumis à cotisations sociales dans une ou plusieurs entreprises de la Branche, au cours de 24 mois civils ayant précédé le décès.

- Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

Dans tous les cas, le salaire de référence est limité aux tranches A et B

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

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

Pour la rente temporaire d'éducation ou le cas échéant, la rente temporaire de conjoint des cadres, le salaire de référence est limité à la tranche A uniquement.

Pour la rente temporaire de conjoint des non cadres, le salaire de référence est au minimum de 7623 euros

25.2 En cas d'Incapacité Temporaire de Travail – Maintien de salaire

Le salaire de référence, **limité aux tranches A et B**, servant au calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail correspond à 1/12^{ème} du salaire annuel net fiscal des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, diminué des contributions sociales non déductibles.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'arrêt de travail, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

25.3 En cas d'Incapacité Permanente – d'Invalidité

Le salaire de référence, **limité aux tranches A et B**, servant au calcul des prestations servies en cas d'Incapacité Permanente de Travail et d'Invalidité, est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

ARTICLE 26 - PRESTATIONS – RETENUE A LA SOURCE

1. Si les garanties souscrites ouvrent droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières et rentes d'invalidité lorsqu'elles sont versées à l'entreprise souscriptrice (contrat de travail du participant en vigueur).

2. Au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité éventuellement souscrites et en cas de versement direct de la prestation au participant lorsque le montant net des éléments est pris en compte selon les dispositions du contrat pour l'application de la règle de cumul, il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source. Il en est de même pour la rémunération nette éventuellement applicable.

ARTICLE 27 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Sont concernées par la revalorisation les Rentes Education, Rentes de Conjoint et Rentes Handicap, les indemnités journalières, les rentes invalidité et les rentes servies en cas d'incapacité permanente de travail.

La prestation de base de la Rente handicap peut être revalorisée sur décision du Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1er janvier de chaque année selon l'évolution de la valeur du point salaire de la branche de l'Hôtellerie de Plein Air exceptées les Rentes éducation, de conjoint et handicap pour lesquelles la revalorisation de la prestation pourra être appliquée sur décision du Conseil d'Administration de l'OCIRP.

En cas de dénonciation de l'Accord, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date.

En cas de changement d'organisme assureur, l'Adhérent devra organiser les modalités de poursuite des revalorisations futures avec le nouvel organisme assureur en application de l'article L912-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations assurées par l'OCIRP sera poursuivie par l'OCIRP.

ARTICLE 28 - REVALORISATION POST MORTEM

En cas de décès du participant (ou de décès du conjoint assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le versement par l'Institution du capital forfaitaire ou de l'allocation 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 montant de la prestation du 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, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants:

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

ARTICLE 29 - DEFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint légalement marié au participant, 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 judiciairement, 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 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, lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition d'enfants à charge, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

ARTICLE 30 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont réputés à charge du participant les enfants 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'enfant du participant, que

celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants ainsi définis doivent :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être 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 Revenu de Solidarité Active mensuel, (revenu minimum légal en vigueur)
- être 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 Revenu de Solidarité Active mensuel, (revenu minimum légal en vigueur) et :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;

Les enfants sont considérés comme à charge quel que soit leur âge, si les enfants sont titulaires de la carte d'invalidé ou la carte mobilité inclusion prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et que leur état d'invalidité est survenu avant leur 18ème anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

ARTICLE 31 - CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

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

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

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

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

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant et l'organisme assureur choisissent un médecin tiers pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du participant. Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au participant et à l'organisme assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination. Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

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

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

ARTICLE 32 - EXCLUSIONS

Pour l'ensemble des garanties, 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 des garanties Décès :

- Le décès du participant provoqué volontairement par le bénéficiaire de la garantie décès dès lors que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre ;
- Pour la garantie décès accidentel, tout accident survenu lors de compétition sportive ou lors de la pratique d'activités sportives à risques (voltiges, parachutisme, parapente, vol à voile, ailes volantes, Ultra Légers Motorisés, spéléologie, alpinisme, saut à l'élastique, sports de combat, plongée sous-marine).

ARTICLE 33 - DELAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DECHEANCE PARTIELLE

Les demandes de Prestations doivent être produites à l'Institution :

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

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

- **Au titre du risque invalidité (y compris Invalidité absolue et définitive) :** dans un délai maximum de **deux ans** à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente, du classement dans une catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale) ;

- **Au titre du risque décès :**

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

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

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

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamés sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

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'Assureur 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, de l'Assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur 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, l'assuré, 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 :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

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

ARTICLE 35 - DÉCLARATION

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

ARTICLE 36 - CLAUSE DE SUBROGATION

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

ARTICLE 37 - RÉCLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES

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

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

Tél : 09-70-40-06-90 (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.

ARTICLE 38 - CONTROLE

L'Institution et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 9.

ARTICLE 39 - DISPOSITIONS DIVERSES

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'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

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

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

En cas de conclusion d'un contrat, les données 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, les 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). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données 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 des 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 fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Nous pouvons demander au

PARTICIPANT de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à la demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS 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

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 données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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



A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXE