



Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial

CONDITIONS GENERALES

« REGIME DE PREVOYANCE »

(Référencées « CG-CCN TSF-prévoyance-2017 »)

SOMMAIRE

TITRE I. SOUSCRIPTION AU REGIME CONVENTIONNEL	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 – FORMALITES DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 - PRISE D’EFFET - DUREE - RENOUELEMENT	4
ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR.....	5
ARTICLE 5 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL.....	6
ARTICLE 6 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS.....	7
TITRE II GARANTIES SOUSCRITES	8
CHAPITRE I – GARANTIES DECES	8
ARTICLE 7 – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE.....	8
ARTICLE 8 – CAPITAL DECES	9
ARTICLE 9 – DOUBLE EFFET CONJOINT	10
ARTICLE 10 – RENTES EDUCATION	10
ARTICLE 11 – ALLOCATION OBSEQUES.....	11
CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL.....	11
ARTICLE 12 – INCAPACITE DE TRAVAIL.....	11
ARTICLE 13 – INVALIDITE-INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	12
ARTICLE 14 – REGLE DE CUMUL	13
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES	13
ARTICLE 15 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	13
ARTICLE 16 –CESSATION DES GARANTIES	14
ARTICLE 17 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 18 - COTISATIONS.....	16
ARTICLE 19 - SALAIRE DE REFERENCE	17
ARTICLE 20 - REVALORISATION	18
ARTICLE 21 - REVALORISATION POST MORTEM	18
ARTICLE 22 - RISQUES EXCLUS	18
ARTICLE 23 - DEFINITION DU CONJOINT	19
ARTICLE 24 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	19
ARTICLE 25 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’ORGANISME ASSUREUR	20
ARTICLE 26 - EXONERATION DES COTISATIONS	20

ARTICLE 27 - RESILIATION DU CONTRAT.....	21
ARTICLE 28 - RECOURS SUBROGATOIRE.....	22
ARTICLE 29 - PRESCRIPTION.....	22
ARTICLE 30 – RECLAMATIONS - MEDIATIONS.....	23
ARTICLE 31 – CONTROLE DES ORGANISMES ASSUREURS.....	24
ARTICLE 32 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	24
ARTICLE 33 – CONDITIONS DE VERSEMENTS DES PRESTATIONS.....	25
ARTICLE 34 –DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE.....	29
LES GARANTIES EN CAS DE DECES.....	30
LES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL.....	32
TAUX DE COTISATIONS.....	33

TITRE I. SOUSCRIPTION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les Partenaires sociaux de la Convention collective nationale du Tourisme Social et Familial (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 17 novembre 2016, instaurant un régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

Le présent contrat est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Contrat d'Adhésion ou le cas échéant des Conditions particulières. Il est souscrit par la personne morale relevant de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, ci-après dénommée « le souscripteur », auprès des organismes co-recommandés suivant :

- **Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris ;
- **Mutex**, Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des Assurances ;

Pour les prestations Capital Décès/IAD, Double effet conjoint, Allocation Obsèques, Incapacité temporaire de travail, Invalidité-Incapacité permanente professionnelle, d'une part,

- **et l'OCIRP**, Organisme commun des Institutions de Rente et de Prévoyance – Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan -75008 Paris.

Pour les prestations Rentes éducation (rente éducation, rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge, doublement de la rente éducation et rente enfant en état de handicap), d'autre part.

Humanis Prévoyance et Mutex gèrent au nom et pour le compte de l'OCIRP les garanties rentes éducation que celui-ci assure.

ARTICLE 2 – FORMALITES DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT

La souscription au contrat collectif du régime de prévoyance résultant de l'accord du 17 novembre 2016 de la Convention collective est régie par les présentes Conditions générales.

Afin d'adhérer au contrat, l'entreprise devra retourner à l'Organisme assureur le contrat d'adhésion ou le cas échéant les Conditions Particulières, dûment rempli, daté et signé.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « le souscripteur » à la date d'effet indiquée au(x) Contrat d'adhésion (si l'entreprise a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) ou Conditions particulières (si l'entreprise a signé auprès de Mutex) contresigné(es) et retourné(es) à l'entreprise. **L'adhésion de l'entreprise au contrat collectif du régime de prévoyance expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Pour autant que l'accord de prévoyance n'ait pas été dénoncé, elle se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un délai de préavis de deux mois.**

La résiliation doit être adressée à l'Organisme assureur 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 résiliation adressée à l'Organisme assureur 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.

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

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

4.1 Obligations déclaratives et d'information

Le souscripteur devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise devront être déclarés à l'Organisme assureur au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif"(si le contrat est souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) ou du formulaire « liste déclarative des sinistres en cours » (si le contrat est souscrit auprès de Mutex).
2. Déclarer à l'Organisme assureur tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
3. Communiquer à l'Organisme assureur les cas éventuels de dispenses d'affiliation visées à la Convention collective.
4. Déclarer à l'Organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise 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, si l'entreprise n'entre pas dans le périmètre de la DSN. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
5. Déclarer à l'Organisme assureur tout salarié au contrat de travail suspendu en cours de contrat qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 15.
6. Informer l'Organisme assureur de la souscription de contrat de prévoyance collective comportant une garantie Incapacité Temporaire de Travail et/ou Invalidité et/ou Incapacité Permanente et Professionnelle, en lui communiquant copie intégrale dudit contrat et s'engage à lui déclarer les salariés qui sont ou seront indemnisés au titre de ces garanties.
7. Communiquer annuellement à l'Organisme assureur, 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 le souscripteur ni traitées par l'Organisme assureur par les flux DSN.
8. Déclarer à l'Organisme assureur, 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'Organisme assureur, si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

4.2 Information des salariés

Conformément aux dispositions légales, le souscripteur s'engage à remettre à chaque salarié la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Organisme assureur.

Le souscripteur 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'Organisme assureur. **Le souscripteur est seul responsable à l'égard du salarié assuré en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.**

La preuve de la remise de la notice d'information au salarié assuré et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

ARTICLE 5 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL

Dans le cadre du présent contrat, les salariés affiliés sont dénommés « assurés ».

5.1 Conditions d'affiliation des assurés

Le présent contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel cadre et non cadre du souscripteur.

L'usage, par le souscripteur, des facultés offertes par la Convention collective de dispenser d'affiliation certains membres du personnel est admis par l'Organisme assureur dans les conditions prévues au point 4.1 des présentes Conditions Générales.

Cet usage ne remet pas en cause le caractère obligatoire de la présente opération d'assurance.

Il appartient au souscripteur, de s'assurer que l'Organisme assureur a bien eu connaissance, dans les conditions visées au présent article, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

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

Conformément aux dispositions de l'article 3-1 de l'Accord du 17 Novembre 2016 :

- Le personnel cadre s'entend aux termes du contrat, comme :
 - les salariés relevant des articles 4, 4bis et 36 de l'annexe I de la Convention Collective Nationale de l'AGIRC de 1947.
- Le personnel non cadre s'entend aux termes du contrat, comme :
 - les salariés ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de l'annexe I de la Convention Collective Nationale de l'AGIRC et justifiant de 12 mois d'ancienneté.

Pour la détermination de l'ancienneté dans l'entreprise, il y a lieu de comptabiliser les périodes de travail effectives et les congés et absences tels que mentionnés à la Convention collective.

5.2 Date d'effet de l'affiliation des assurés

L'affiliation prend effet :

- A la date de prise d'effet du contrat pour le salarié, le cas échéant à l'issu de la condition d'ancienneté sous contrat de travail,
- A sa date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet du contrat,

Sous réserve d'avoir été déclaré à l'Organisme assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'Organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

ARTICLE 6 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les assurés des entreprises ayant souscrit un contrat auprès de l'Organisme assureur recommandé sont garantis à la prise d'effet du régime de prévoyance prévu par l'accord du 17 novembre 2016, pour les prestations suivantes :

6.1 Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective du régime de Prévoyance

6.1.1. Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement le contrat d'assurance collective du régime de Prévoyance mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion ou le cas échéant les Conditions particulières, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès des Organismes assureurs bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues par ce contrat ;
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues par le contrat du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit ;
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès des Organismes assureurs recommandés, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues par ce contrat.

6.1.2. Pour les entreprises ayant souscrits antérieurement un contrat de prévoyance collective obligatoire auprès d'un autre Organisme assureur

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion ou Conditions Particulières, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre Organisme assureur bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues par ce contrat,
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues par le contrat du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit.
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales de la

revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues par ce contrat.

Article 6.2 -Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective sous l'ancien régime de prévoyance

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues aux présentes Conditions Générales dès sa date d'effet, y compris en cas de changement d'état médical,

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire à l'invalidité,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

⇒ Financement de la prise en charge des risques en cours

Les taux de cotisation définis en Annexe II des présentes Conditions Générales (si vous avez souscrit le contrat auprès d'Humanis Prévoyance) ou aux Conditions particulières (si vous avez souscrit votre contrat auprès de Mutex) incluent le financement de la prise en charge des risques en cours.

Ce financement prend la forme d'une cotisation répartie par garantie, destinée à la prise en charge mutualisée des risques en cours au niveau de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

TITRE II GARANTIES SOUSCRITES

CHAPITRE I – GARANTIES DECES

ARTICLE 7 – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

7.1 Définition de la garantie

Lorsque l'assuré est reconnu, avant la liquidation de sa pension vieillesse, en état d'invalidité absolue et définitive, l'Organisme assureur lui verse un capital.

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

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

En cas Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, reconnue par l'Organisme assureur,

celui-ci lui verse :

- le Capital Décès « Toutes Causes »,
- s'il y a lieu les Rentes Education définies à l'article 10.1,
- et, s'il y a lieu, le capital « substitutif » prévu à l'article 10.1,

sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité Absolue et Définitive, excepté si l'assuré se trouve dans la situation visée à l'article 27.3.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article « Capital Décès ».

7.2 Montant de la garantie

Le Montant du capital est défini par application des taux figurant en annexe I des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 8 – CAPITAL DECES

8.1 Objet de la garantie

En cas de décès de l'assuré, l'Organisme assureur verse aux bénéficiaires un capital dont le montant figure en annexe I des présentes Conditions Générales.

8.2 Bénéficiaires

Désignation contractuelle de bénéficiaire (clause type, à défaut de désignation particulière):

A défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou de(s) bénéficiaire(s) avant le décès de l'assuré, le(s) bénéficiaire(s) du Capital décès sont :

- le conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement. Il est assimilé au conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement, le partenaire auquel le salarié est lié par un Pacte Civil de solidarité.
- à défaut le concubin sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union, à défaut, il doit être prouvé une période préalable de deux ans de vie commune,
- à défaut, aux enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,
- à défaut, à ses petits-enfants,
- à défaut, à ses parents, par parts égales,
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales,
- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Désignation particulière de bénéficiaire :

Au moment ou au cours de son affiliation, l'assuré peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Organisme assureur. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Organisme assureur de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par Acte sous signature privée ou par Acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale de l'assuré, naissance par exemple).

Lorsqu'une désignation de bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation de l'assuré ou en cas de révocation prévue par le Code civil, sans nouvelle désignation, la désignation contractuelle s'applique.

ARTICLE 9 – DOUBLE EFFET CONJOINT

En cas de décès du conjoint simultanément ou postérieurement à celui du salarié, l'Organisme assureur verse aux enfants à charge, ou à son représentant légal, un capital dont le montant figure en annexe I des présentes Conditions Générales, réparti par parts égales entre eux.

ARTICLE 10 – RENTES EDUCATION

10.1 Objet de la garantie

- Rente éducation :

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, l'Organisme assureur verse à chaque enfant à charge, ou à son représentant légal si ce dernier n'a pas atteint la majorité, une rente temporaire dont le montant est fixé en annexe I des présentes Conditions Générales.

- Doublement de la rente éducation :

Lorsque les enfants à charge de l'assuré deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, l'Organisme assureur leur attribue un doublement de la rente temporaire d'éducation dont le montant est fixé en annexe I des présentes Conditions Générales.

- Rente enfant en état de handicap :

Si l'enfant à charge est reconnu en état de handicap au jour du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, l'Organisme assureur lui verse une rente viagère dont le montant annuel figure en annexe I des présentes Conditions Générales.

Cette rente est versée au bénéfice de chaque enfant à charge en état de handicap atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal et ce, par référence à l'article 199 septième du Code général des Impôts.

- Rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant en charge :

Si l'assuré est sans enfant à charge au jour du décès, l'Organisme assureur verse :

- en cas de décès de l'assuré, une rente substitutive de la rente éducation au conjoint de l'assuré,
- en cas d'Invalidité Absolue et définitive de l'assuré, une rente substitutive de la rente éducation à l'assuré.

10.2 Point de départ de la prestation

Il est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois qui suit la reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive.

10.3 Versement de la prestation

La rente éducation et la rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge sont versées par quart, trimestriellement, d'avance.

La rente enfant en état de handicap est versée trimestriellement ou annuellement d'avance.

10.4 Cessation des prestations

La rente éducation, le doublement rente éducation, la rente enfant en état de handicap cesse :

- **au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge,**
- **à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.**

La rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge cesse :

- **à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire,**
- **à la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.**

ARTICLE 11 – ALLOCATION OBSEQUES

11.1 Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, ou d'un enfant à charge de plus de douze ans tels que définis aux présentes Conditions Générales, l'Organisme assureur verse une allocation à la personne qui a engagé et réglé les obsèques, sur production d'un justificatif.

Cette couverture est donc 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.

11.2 Montant de la garantie

Le montant de l'allocation est défini en annexe I des présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 12 – INCAPACITE DE TRAVAIL

12.1 Définition de la garantie

L'Organisme assureur verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail de l'assuré, une indemnité journalière complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale, dont le montant figure en annexe I des présentes Conditions Générales.

Pour les salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale, les indemnités journalières complémentaires seront calculées en complément d'une Prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

12.2 Point de départ de la prestation

Ces indemnités journalières complémentaires sont versées au salarié à l'issue d'une période de franchise mentionnée au tableau des garanties figurant en annexe I des présentes Conditions Générales.

12.3 Cessation des prestations

Le versement des Indemnités journalières complémentaires cesse :

- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- dès que l'assuré reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la veille de la date à laquelle l'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite),
- en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

12.4 Salarié en situation de temps partiel thérapeutique

Le salarié en situation de temps partiel thérapeutique sera indemnisé par l'Organisme assureur.

Il sera fait un calcul entre le salaire que reçoit l'assuré en tant que travailleur actif et l'indemnité qu'il reçoit en tant que salarié en arrêt total d'activité pour raison de santé.

Le montant de l'indemnité totale reçu par l'assuré en état de temps partiel thérapeutique sera calculé sur la base du prorata entre les deux montants ci-dessus calculés au prorata de son taux d'activité.

L'ensemble des sommes perçues à divers titres (salaires, indemnités journalières de la Sécurité sociale, indemnités journalières du régime de prévoyance) soit au plus égal au salaire mensuel revalorisé perçu par le salarié dans la période précédant l'arrêt de travail.

12.5 Rechute

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux mois, d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à l'incapacité temporaire indemnisée par l'Organisme assureur, il n'est pas fait application de la franchise précisée en annexe I des présentes Conditions Générales, et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

12.6 Versement des indemnités journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini à l'article 33 des présentes Conditions Générales comportant notamment les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'Organisme assureur. L'entreprise est dispensée de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'Organisme assureur.

ARTICLE 13 – INVALIDITE-INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

13.1 Définition de la garantie

L'assuré est considéré en « invalidité » si, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, il se trouve dans l'impossibilité physique, totale ou partielle, reconnue par l'Organisme assureur ou par la Sécurité sociale, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession similaire lui procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1 095^{ème} jour suivant son arrêt de travail.

L'Organisme assureur complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après, visées à l'article L341.4 du code de la Sécurité sociale :

- 1ère catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
- 2ème catégorie : Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque
- 3ème catégorie : Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas d'Incapacité Permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 33 %, l'assuré bénéficie d'une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale dont le montant figure en annexe des présentes Conditions Générales.

Si le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est compris entre 33 % et 66 %, le montant de la rente prévu pour la 2ème catégorie d'invalides est affecté du coefficient minorant de $3N/2$ (N étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

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

13.2 Cessation des prestations

Le versement de la rente cesse :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale (pour la garantie invalidité), ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33% (pour la garantie incapacité permanente professionnelle),
- à la date de liquidation de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude de travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite),
- à la date du décès de l'assuré

ARTICLE 14 – REGLE DE CUMUL

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, les Organismes assureurs co-recommandés ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'Assurance Chômage), ne peut excéder le salaire net que le l'assuré aurait perçu en activité Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale au titre de l'assistance d'une tierce personne n'entre pas dans le calcul de la règle de cumul. En cas de dépassement, la prestation servie par l'Organisme assureur, pourra être réduite en conséquence.

TITRE III DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 15 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

15.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation de l'assuré au contrat.

15.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

Le bénéfice des garanties est maintenu à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations et, s'il bénéficie :

- Soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur, qu'elles soient versées directement par le souscripteur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité, les garanties sont suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, à défaut la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'Organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'assuré en contrat de travail suspendu et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période, ne peuvent donner lieu à prise en charge.

ARTICLE 16 –CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat collectif du régime de prévoyance conventionnel cessent :

- soit à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.), sous réserve de l'application de l'article 17 ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf si l'assuré se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur ;
- soit à la date d'effet de la radiation de l'adhésion de l'entreprise acceptée par l'Organisme assureur, consécutive notamment au changement du secteur d'activité ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation de l'accord conventionnel de prévoyance.

ARTICLE 17 – MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

17.1 Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'assuré d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitait effectivement l'assuré sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré 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'Organisme assureur tient à la disposition du souscripteur 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 de l'assuré cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe au souscripteur d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré 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. Lorsque ces contrats de travail sont consécutifs chez ce même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail. 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 de l'assuré cesse de plein droit :

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

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

L'entreprise doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au Pôle Emploi.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur. 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.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droits du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'assuré ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré. Le souscripteur s'engage à informer l'assuré 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'Organisme assureur.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

17.2 Sort des prestations en cas de cessation de l'affiliation du salarié

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

Pour les assurés dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits de l'assuré, les organismes assureurs versent la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les assurés faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La clause de revalorisation prévue à l'article 20 continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

17.3 Sort de la garantie décès en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail de l'assuré (exception faite de l'application de la portabilité prévue aux présentes Conditions Générales), la couverture décès cesse d'être garantie par les Organismes assureurs, ceci sans préjudice des stipulations de l'article 26 concernant l'exonération des cotisations et le maintien des garanties.

ARTICLE 18 - COTISATIONS

18.1 Assiette et montant des cotisations

La cotisation est exprimée en fonction des Tranches de Rémunération brute A, B soumises à cotisations.

La cotisation afférente à la couverture du régime de prévoyance est définie en annexe II des présentes Conditions Générales (si le souscripteur a souscrit le contrat auprès d'Humanis Prévoyance) ou aux Conditions Particulières (si le souscripteur a souscrit le contrat auprès de Mutex).

Pour les assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à leur Catégorie de personnel (salariés relevant des articles 4,

4bis et 36 de la Convention collective nationale du 14 Mars 1947 / salariés ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la convention collective nationale du 14 Mars 1947).

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

18.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Organisme assureur. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement, aux différentes échéances prévues accompagné de l'avis d'appel de cotisations dûment complété.

Pour les souscripteurs n'entrant pas dans le périmètre de la DSN et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé à l'article 4.1 communiqué par le souscripteur à l'Organisme assureur, ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

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

18.3 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une seule des cotisations ou fraction de cotisation 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'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au souscripteur. 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'Organisme assureur 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 fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'Organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les assurés de la défaillance du souscripteur.

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

ARTICLE 19 - SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales perçu au cours des 12 mois civils ayant précédé le sinistre (décès, reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive, arrêt de travail) y compris les rémunérations variables, commissions, gratifications et primes.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales 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 de leur montant.

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

On entend par :

- Tranche A : la partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B : la partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

ARTICLE 20 - REVALORISATION

La revalorisation des prestations est effectuée en fonction de l'évolution :

- de la valeur du point OCIRP pour les rentes éducation (rente éducation, Doublement de la rente éducation, rente enfant en état de handicap, et la rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge) assurées par l'OCIRP,
- de la valeur du point ARRCO pour les indemnités journalières et les rentes d'invalidité

ARTICLE 21 - REVALORISATION POST MORTEM

En cas de décès de l'assuré (ou de décès du conjoint assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le versement par l'Organisme assureur 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'Organisme assureur, 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 de l'assuré, 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 1^{er} novembre de l'année précédente.

ARTICLE 22 - RISQUES EXCLUS

22-1 Exclusions applicables aux garanties Décès :

- **Le risque de suicide est couvert pour tout assuré sauf suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation de l'assuré à moins qu'il était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre d'une affiliation à un contrat souscrit antérieurement par ailleurs comportant une garantie collective Décès équivalente.**
- **Les accidents, blessures, mutilations ou maladies qui résultent du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du Bénéficiaire.**
- **Le Bénéficiaire qui a été condamné, par une décision de justice devenue définitive, pour avoir été l'auteur ou le complice de la mort de l'assuré est déchu du bénéfice des garanties décès. Les garanties seront toutefois versées aux autres Bénéficiaires désignés sous déduction de la quote-part du (des) Bénéficiaire(s) à l'origine du fait intentionnel, ou aux autres Bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.**
- **Les conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris.**
- **En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, la garantie n'aura d'effet que si l'assuré n'y prend pas une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.**
- **Les risques résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome sont exclus (fission ou fusion nucléaire, ou radioactivité).**

22-2 Exclusions applicables aux garanties Incapacité de Travail et Invalidité-Incapacité Permanente :

Ne donnent pas lieu aux garanties Incapacité de Travail et Invalidité- Incapacité Permanente et n'entraînent aucun paiement à la charge des Organismes assureurs :

- Les accidents, blessures, mutilations ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants, de produits toxiques ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.
- Les conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris.
- Les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires.
- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, la garantie n'aura d'effet que si l'assuré n'y prend pas une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.
- Les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre).
- Lorsque l'assuré prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, courses de vitesse, matches, paris, concours, démonstrations, acrobaties ou essais (organisés dans un cadre officiel ou privé), comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens.
- La pratique de sports à titre professionnel.
- Les conséquences résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome (fission ou fusion nucléaire, ou radioactivité) sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

ARTICLE 23 - DEFINITION DU CONJOINT

Sont considérés comme conjoint au titre du présent contrat :

- Le conjoint de l'assuré légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- Le concubin de l'assuré, conformément à l'article L.515-8 du Code Civil, Le concubin et le salarié doivent tous les deux être célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, et qu'il soit prouvé une période d'un an de vie commune et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

ARTICLE 24 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés à charge de l'assuré, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- Jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire, sans condition ;
- Jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, et sous condition soit :
 - De poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;

- D'être en apprentissage ;
- De poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
- D'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- D'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin (e) ou du partenaire lié par un PACS de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

ARTICLE 25 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant (si le souscripteur a souscrit auprès de Mutex) ou d'une lettre avenant (si le souscripteur a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) adressé au souscripteur par l'Organisme assureur.

25.1 Modifications du régime conventionnel

Toute modification qui pourrait résulter des décisions prises par les partenaires sociaux, formalisée par voie d'avenant à l'accord, s'applique de plein droit à la date d'effet prévue par ledit avenant. Elle sera opposable après information et remise à l'entreprise d'un avenant (si le souscripteur a souscrit auprès de Mutex) ou d'une lettre avenant (si le souscripteur a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) et de la Notice d'information modifiée.

25.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

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

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Organisme assureur après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement de la Sécurité sociale et à la fiscalité.

ARTICLE 26 - EXONERATION DES COTISATIONS

26.1 Exonération des cotisations

Dans le cadre d'une souscription auprès d'Humanis Prévoyance, cette dernière exonère le souscripteur du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès et arrêt de travail, pour l'assuré en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité ou en Incapacité permanente professionnelle dès le premier versement des Prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité ou Incapacité permanente professionnelle par Humanis Prévoyance.

L'exonération est totale ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux Rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite de l'assuré en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité.

26.2 Maintien des garanties

L'assuré exonéré des cotisations bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites.

26.3 Cessation de l'exonération 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,
- en cas de résiliation du contrat.

ARTICLE 27 - RESILIATION DU CONTRAT

Outre le cas de la résiliation annuelle décrite à l'article 3, le contrat peut être résilié dans les cas et dans le respect des conditions définis ci-après.

27.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le souscripteur, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies à l'article « Cotisations ».

27.2 Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur ou d'un assuré susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Organisme assureur, alors même que le Risque omis ou dénaturé par le souscripteur ou par un assuré a été sans influence sur la réalisation du Risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Organisme assureur et les Prestations versées feront l'objet d'un remboursement par l'assuré.

27.3 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

27.3.1 Vis-à-vis du souscripteur

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, le souscripteur n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Organisme assureur et sur ses différents fonds de réserve.

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

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

27.3.2 Vis-à-vis de l'assuré

La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les Prestations en cours de service

Les Prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement. La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin à la revalorisation des Prestations en cours de service.

La poursuite de la revalorisation des Prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive du souscripteur qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

L'Organisme assureur ne saurait être responsable du manquement du souscripteur à cette obligation légale.

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Décès, à l'exception de la garantie Double Effet conjoint, sont maintenues aux assurés 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-Incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.

Les Prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du Sinistre (Décès) et la revalorisation du salaire de référence, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement du contrat.

Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'Organisme assureur versera ses Prestations Décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

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

Par ailleurs, les Organismes assureurs pourront proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

ARTICLE 28 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les Prestations correspondant aux garanties Prévoyance à caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit subroge(nt) l'Organisme assureur, dans leur (ses) droit(s) ou action(s) contre le(s) tiers responsable(s) dans la limite des Prestations versées.

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

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

ARTICLE 29 - PRESCRIPTION

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'Organisme 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 du souscripteur, de l'Assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Organisme 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 le souscripteur, 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 celle-ci, c'est-à-dire :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du 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 avis de réception adressée par l'Organisme assureur au souscripteur, en ce qui concerne règlement de la prestation de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'assuré, le bénéficiaire à l'Organisme assureur.

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

ARTICLE 30 – RECLAMATIONS - MEDIATIONS

L'Organisme assureur met à la disposition du souscripteur et des assurés 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 :

- **Pour Humanis Prévoyance :**

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

A compter de la réception de la réclamation, Humanis Prévoyance apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, Humanis Prévoyance lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, l'assuré, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, Humanis Prévoyance, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale
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.

- **Pour Mutex :**

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur et les assurés peuvent s'adresser aux services de gestion de Mutex.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

Mutex met à la disposition de ses assurés et leurs ayants droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutex.fr>.

ARTICLE 31 – CONTROLE DES ORGANISMES ASSUREURS

Les Organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 32 – DISPOSITIONS DIVERSES

32.1 Confidentialité

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

En particulier, l'Organisme assureur s'engage envers le souscripteur à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

32.2 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion et de l'exécution du présent 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 les Organismes assureurs ainsi qu'aux partenaires desdits Organismes assureurs en charge d'activité confiées par ces derniers. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment.

Conformément aux dispositions légales précitées, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant leurs données à caractère personnel ainsi qu'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après leur décès à exercer :

- Pour Humanis Prévoyance :

- par courrier à Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex.
- par courriel à contact-cnil@humanis.com

- Pour Mutex :

- par courrier au Correspondant Informatique et Libertés de Mutex – 125 avenue de Paris – 92327 Châtillon 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 des données le concernant.

Le cas échéant, les bénéficiaires de l'assuré disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant l'Organisme assureur, le souscripteur au groupe.

Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions légales susvisées.

32.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

L'assuré 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 présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire, cette inscription n'interdit pas à l'Organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Organisme assureur, à l'adresse mentionnée à l'article « Protection des données à caractère personnel », 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.

32.4 Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

ARTICLE 33 – CONDITIONS DE VERSEMENTS DES PRESTATIONS

33.1 Déclaration des Sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des Prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) Bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du Sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du Sinistre ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur (rente orphelin ou rente enfant handicapé, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du ou des Bénéficiaires de la Prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de Sinistre, l'Organisme assureur n'est redevable d'aucune Prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un Sinistre réel.

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Double effet Conjoint	Rentes éducation	Incapacité temporaire de travail	Invalidité-IPP	Allocation obsèques	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la base des Prestations (lorsque les Prestations versées sont exprimées en % de la base des Prestations)	X	X	X	X	X	X		Souscripteur
Attestation du souscripteur indiquant la Rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la Rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les assurés ayant des employeurs multiples)					X	X		Souscripteur
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré (et éventuellement de ceux du Conjoint et assimilé ou du Bénéficiaire)	X	X	X	X		X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X				Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'Accident					X	X		Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité Sociale...) pour tout Enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X			X	Établissement Scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X			X	Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire	X		X	X				Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du Conjoint décédé			X					Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail de l'assuré ou, en cas de décès, précisant que l'assuré n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X	X		Souscripteur
Décomptes originaux de la Sécurité Sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X			X	X		Sécurité Sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X		X					Notaire / Mairie
En cas d'Accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X			X	TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X				X		Sécurité Sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux d'au moins 80 %		X						MDPH

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Double effet conjoint	Rentes éducation	Incapacité temporaire de travail	Invalité-IPP	Allocation obsèques	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Copie de la pièce d'identité du Bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille de l'assuré	X	X	X	X			X	Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X	X		Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X				X	Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X		X				X	Organisme compétent
Imprimé de demande de Prestations fourni par l'Organisme assureur dûment complété par le souscripteur					X	X		Souscripteur
Justificatifs du bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et/ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)				X				CAF ou MSA

33.1 Obligations de l'Assuré

L'assuré s'engage à informer, sans délai, l'Organisme assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les Prestations versées par l'Organisme assureur 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 l'assuré perçoit un salaire du souscripteur et d'autres employeurs, l'assuré doit communiquer à l'Organisme assureur le montant exact de la Rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

A défaut, l'Organisme assureur se réserve le droit de suspendre ses Prestations.

33.2 Délai d'envoi des dossiers/ Déchéance partielle

Les demandes des prestations incapacité temporaire de travail doivent être demandées dans un délai maximum de 90 jours pour Humanis Prévoyance et de 6 mois pour Mutex suivant la survenance de la date d'arrêt de travail.

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Organisme assureur 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'Organisme assureur, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicables le cas échéant.

Les demandes de prestations décès/IAD, rente éducation, double effet conjoint, allocation obsèques et invalidité-incapacité permanente accompagnées des documents justificatifs visés ci avant doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Organisme assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance du sinistre ou sa connaissance par le salarié ou le

bénéficiaire.

Si le bénéficiaire est distinct du salarié, 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'Organisme assureur, 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'Organisme assureur, 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.

33.3 Contrôles médicaux

L'Organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical de l'assuré 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.

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 de l'assuré 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, l'assuré 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 de l'assuré.

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 à l'assuré 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 de l'assuré, l'assuré 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 de l'assuré.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose à l'assuré 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.

Dans le cadre d'un contrat souscrit auprès d'Humanis Prévoyance ; en sus du contrôle mené à l'initiative de cette dernière, le souscripteur peut lui donner mandat pour diligenter en son nom et pour son compte des contre visites médicales, à l'encontre d'un salarié, 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 au souscripteur. 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.

33.4 Versement des prestations décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Organisme assureur 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 34 –DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, I du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de l'Accord collectif du 17 novembre 2016, à 2 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre du présent contrat.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

CONTRAT DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE CCN503000

ANNEXE I - GARANTIES

LES GARANTIES EN CAS DE DECES

DESIGNATION DES PRESTATIONS	GARANTIES	
	Personnel non Cadre (salarié ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de 1947)	Personnel Cadre (salarié relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de 1947)
<p><u>DECES- INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DU SALARIE TOUTES CAUSES</u></p> <p>En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, versement d'un capital égal à :</p>	100 % TA- TB	200 % TA -TB
<p><u>DOUBLE EFFET CONJOINT</u></p> <p>En cas de décès du conjoint ou assimilé postérieur ou simultané au décès du salarié :</p>	100 % TA - TB	200 % TA - TB
<p><u>RENTE EDUCATION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Rente éducation</u> : <p>En cas de décès de l'assuré, il est versé une rente temporaire d'éducation OCIRP à chaque enfant à charge au moment du décès d'un montant annuel égal à :</p> <p>Jusqu'au 21^{ème} anniversaire (ou 26^{ème} anniversaire si poursuite d'études, apprentissage, formation professionnelle en alternance, inscription auprès de l'assurance chômage).</p>	11 % TA – TB (avec un minimum de 1700 € par an)	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Doublement de la rente éducation</u> : <p>Lorsque l'enfant à charge devient orphelin des deux parents au jour du décès du salarié :</p>	Doublement de la rente éducation	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Rente enfant en état de handicap</u> <p>Lorsque l'enfant à charge est en état de handicap au moment du décès de l'assuré, versement d'une rente viagère d'un montant mensuel égal à :</p>	500 €	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Rente de conjoint substitutive en cas d'absence</u> 	7 % TA – TB (avec un minimum de 1000 € par an)	

<p><u>d'enfant à charge :</u></p> <p>Pour l'assuré n'ayant pas d'enfants à charge, il est versé une rente temporaire pendant 5 ans au conjoint survivant tel que défini par les conditions générales</p> <p>Cette rente temporaire est égale à :</p>	
<p><u>ALLOCATION OBSEQUES</u></p> <p>En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou de son enfant à charge de plus de 12 ans, versement au bénéficiaire de la prestation :</p>	<p>105 % du PMSS⁽¹⁾</p>

(1) Montant PMSS au 1er Janvier 2017 : 3269 €

LES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

DESIGNATION DES PRESTATIONS	GARANTIES
<p><u>INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>En cas d'accident ou de maladie non professionnels</u> : <p>Versement, à l'issue d'une franchise de 90 jours discontinuée, d'une indemnité égale à :</p>	<p>30 % TA + 80 % TB</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle</u> : <p>Versement, à l'issue d'une franchise de 90 jours discontinuée, d'une indemnité égale à :</p>	<p>21 % TA - TB</p>
<p><u>INVALIDITE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>En cas d'invalidité de 1ère catégorie⁽¹⁾</u> : <p>Versement d'une rente égale à :</p>	<p>18 % TA + 48 % TB</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>En cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie⁽¹⁾</u> : <p>Versement d'une rente égale à :</p>	<p>30 % TA + 80 % TB</p>
<p><u>INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Taux d'incapacité N < 33 %</u>, <p>Versement d'une indemnité journalière égale à :</p>	<p>-</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Taux d'incapacité N compris entre 33 % et 66 %</u>, <p>Versement d'une indemnité journalière égale à :</p>	<p>(30 % TA + 80 % TB) x (3 N/2)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Taux d'incapacité N ≥ 66 %</u>, <p>Versement d'une indemnité journalière égale à :</p>	<p>30 % TA + 80 % TB</p>

(1) 1^{ère} catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée –

2^{ème} catégorie : Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque –

3^{ème} catégorie : Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

CONTRAT DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE CCN503000

ANNEXE II – COTISATIONS

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales.

TAUX DE COTISATIONS

I- Personnel Cadre : salariés relevant des articles 4 et 4 bis et 36 de l'Annexe 1 de la Convention collective nationale de l'AGIRC de 1947 :

Garanties	Taux global	
	TA	TB
Décès/IAD - Allocations obsèques - Double Effet	0,60 %	0,60 %
Rente Education- Doublement rente éducation/ Rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge (OCIRP)	0,14 %	0,14 %
Rente enfant en état de handicap (OCIRP)	0,02 %	0,02 %
Incapacité Temporaire de Travail	0,27 %	0,81 %
Invalidité/IPP	0,53 %	1,29 %
Total	1,56 %	2,86 %

II- Personnel Non Cadre : salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de l'Annexe 1 de la Convention collective nationale de l'AGIRC de 1947 justifiant de plus de douze mois d'ancienneté:

Garanties	Taux global	
	TA	TB
Décès/IAD Allocations obsèques - Double Effet	0,20 %	0,20 %
Rente Education – Doublement rente éducation / Rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant en charge (OCIRP)	0,14 %	0,14 %
Rente enfant en état de handicap	0,02 %	0,02 %
Incapacité Temporaire de Travail	0,38 %	0,38 %
Invalidité/IPP	0,66 %	0,66 %
Total	1,40 %	1,40 %