



**ACCORD DEPARTEMENTAL DU 04 DECEMBRE 2015 RELATIF A LA  
PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE PREVOYANCE POUR  
LES SALARIES NON AFFILIES A L'AGIRC DU VAR**

**CONDITIONS GÉNÉRALES**

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE CONVENTIONNEL**

**GARANTIES PREVOYANCE**

(Référencées CG-Accord VAR. – Prev – 01.2016)

# SOMMAIRE

<b>TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....</b>	<b>3</b>
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 2 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	4
ARTICLE 4 – PARTICIPANTS.....	4
ARTICLE 5 – INFORMATION DES PARTICIPANTS.....	4
<b>TITRE II DEFINITION DES GARANTIES.....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES.....</b>	<b>5</b>
ARTICLE 6 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT.....	5
ARTICLE 7 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES.....	5
ARTICLE 8 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).....	5
ARTICLE 9 – ALLOCATION OBSEQUES.....	6
ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES.....	6
ARTICLE 11 – FORMALITES A ACCOMPLIR.....	6
<b>CHAPITRE II GARANTIES ARRET DE TRAVAIL.....</b>	<b>8</b>
ARTICLE 12 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL.....	8
ARTICLE 13 – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE ET INVALIDITE.....	8
ARTICLE 14 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 12, 13).....	9
ARTICLE 15 – CONTROLE MEDICAL.....	9
ARTICLE 16 – FORMALITES A ACCOMPLIR.....	10
<b>TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>11</b>
ARTICLE 17 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN.....	11
ARTICLE 18 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	13
ARTICLE 19 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION.....	13
ARTICLE 21 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES.....	14
ARTICLE 22 – BASE DES PRESTATIONS.....	14
ARTICLE 23 – REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	15
ARTICLE 24 – RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION.....	15
ARTICLE 25 – REPRISE DE PASSIF.....	16
ARTICLE 26 – RISQUES EXCLUS.....	16
ARTICLE 27 – DÉCLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET RÉGULARISATION.....	17
ARTICLE 28- PRINCIPE DE SOLIDARITE.....	17
ARTICLE 29 – PRESCRIPTION.....	17
ARTICLE 30 – CLAUSE DE SUBROGATION.....	18
ARTICLE 31 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	18
ARTICLE 32 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES.....	19
<b>L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE I - GARANTIES</b>	

# TITRE I

## DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

### ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux ont signé un Accord départemental en date du 04 décembre 2015 (ci-après dénommé « l'Accord »), qui se substitue à l'Accord du 11 septembre 2009, sur la mise en place d'un contrat complémentaire Prévoyance au profit des salariés agricoles relevant du champ d'application dudit Accord, non affiliés à l'AGIRC du VAR, ayant au moins six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole.

La condition d'ancienneté est acquise au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui au cours duquel le participant acquiert six (6) mois d'ancienneté.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire (dénommé ci-après « le contrat »), conclu par l'entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord précité, est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Bulletin d'Adhésion.

Pour le présent contrat, chaque salarié est appelé « Participant ».

Il est souscrit par la personne morale désignée au bulletin d'adhésion, et ci-après dénommée « l'Adhérent », auprès de Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75014), Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 410 005 110, 29 boulevard Edgar Quinet, dénommée ci-après « l'Institution »

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que les modalités d'affiliation de la catégorie assurée au contrat.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale.

### ARTICLE 2 – DURÉE – PRISE D'EFFET – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

**Le contrat prend effet à la date indiquée par l'Institution au bulletin d'adhésion, dûment complété et signé par l'entreprise et retourné contresigné par l'Institution. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.**

**Le contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.**

La résiliation du contrat par l'Adhérent doit être adressée à l'Institution par lettre recommandée 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 minuit de la même année.

La résiliation 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 minuit de celle-ci.

L'Institution peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'Adhérent au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cependant, en cas de changement d'activité plaçant l'Adhérent en dehors du champ d'application de l'Accord, l'entreprise doit notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation.

### **ARTICLE 3 – RÉVISION DU CONTRAT - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Les cotisations et les garanties sont révisables dans les conditions prévues par l'Accord.

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité Sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul demeurent inchangés.

### **ARTICLE 4 – PARTICIPANTS**

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés entrant dans la catégorie assurée, ayant au moins six mois d'ancienneté continue et révolue, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat 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) à la date d'effet du contrat de l'employeur devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".

2. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie de salariés assurée.
3. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat, 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 du salarié.
4. Déclarer à l'Institution 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 17.2.
5. 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.
6. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires.
7. 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.

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

### **ARTICLE 5 – INFORMATION DES PARTICIPANTS**

L'Institution réalise une notice d'information adressée aux Adhérents, à charge pour ces derniers de la remettre à chacun des Participants concernés lors de la mise en place du contrat et lors de toute nouvelle affiliation.

Cette notice définit :

- les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions et des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription ;
- les obligations pesant sur l'Adhérent et les Participants, telles qu'elles sont prévues par l'Accord.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'Adhérent est tenu d'informer chaque Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution.

La preuve de la remise de la notice au Participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

## TITRE II

### DEFINITION DES GARANTIES

#### CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES

##### ARTICLE 6 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Est considéré comme ayant-droit du Participant :

- le **conjoint** du Participant c'est-à-dire la personne liée à ce dernier par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **cocontractant d'un PACS** (Pacte Civil de Solidarité) c'est-à-dire la personne ayant conclu avec le Participant un PACS dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **concubin** c'est-à-dire la personne vivant avec le Participant en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation, sous réserve que les concubins ne soient par ailleurs ni mariés, ni liés par un PACS.

La preuve du concubinage se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement d'un justificatif de domicile commun.

La condition de durée de deux ans dans le cas précité est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de cette union.

- **les enfants à charge** du Participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, s'ils sont :
  - ✓ âgés de moins de 21 ans et s'ils bénéficient du régime social du Participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,
  - ✓ âgés de moins de 26 ans et s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits, à ce titre, au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
  - ✓ âgés de moins de 26 ans s'ils sont sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
  - ✓ atteints d'une infirmité, quel que soit leur âge, telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et s'ils perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les enfants handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'AAH mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme à charge,
  - ✓ nés « viables » moins de 300 jours après le décès du Participant ;
- les **ascendants à charge** c'est-à-dire les personnes ascendantes du participant à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale.

##### ARTICLE 7 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès d'un Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s), à ses ayants droit tels que définis à l'article 6 ci-avant ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès, un capital dont le montant est précisé au sein de l'annexe I.

Ce capital peut comporter une majoration par personne à charge telle que définie à l'article 6.

##### ARTICLE 8 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA, il est versé, en une seule fois, par anticipation, au participant les capitaux décès prévus à l'article 7 ci-avant.

Ce versement est effectué à condition que le participant en fasse la demande, indépendamment de la rente d'incapacité permanente ou d'invalidité qui lui est servie.

Le décès postérieur du participant n'ouvre plus droit au capital « décès toutes causes ».

Le Participant est considéré en état de PTIA s'il est classé :

- soit en invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie telle que définie à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) à un taux supérieur à 66,6 % lui interdisant toute activité rémunérée et avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

## **ARTICLE 9 – ALLOCATION OBSEQUES**

En cas de décès du Participant, il est versé une allocation obsèques dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I des présentes conditions générales.

Les frais d'obsèques seront remboursés dans la double limite des frais réels et de 100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Cette allocation est versée aux personnes ayant acquitté les factures sur présentation de celles-ci.

## **ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES**

### **10.1 Désignation d'un ou de bénéficiaire(s) par le Participant**

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du Participant auprès de l'Institution.

Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé « désignation de bénéficiaires du capital décès » et en le retournant à cette dernière.

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 du Participant.

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

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

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

### **10.2 Clause type de désignation de bénéficiaire**

En l'absence de désignation expresse, en cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés ou lorsqu'il y a révocation de la désignation pour survenance d'enfant comme stipulé à l'article 960 du Code Civil, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité aux ayants droit du participant tels que définis à l'article 6 ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire n'a pas la garde des enfants à charge du Participant ou n'en assure pas l'entretien si ceux-ci sont majeurs, le montant du capital décès versé à ce bénéficiaire ne comprend pas le montant de la majoration pour enfant à charge qui sera attribué, par parts égales, à ces derniers.

## **ARTICLE 11 – FORMALITES A ACCOMPLIR**

### **11.1 Pièces justificatives**

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

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

- La déclaration de décès (formulaire type de l'Institution) ;
- Un extrait d'acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du Participant ;
- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires ;
- 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 acte de notoriété établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire et de non divorce ;
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du Participant ;
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des personnes à charge ;
- Un RIB ou RIP du bénéficiaire pour le versement des prestations sous forme de rentes ;
- Un certificat de scolarité ou d'alternance pour les enfants de plus de 16 ans.

## 11.2 Délai d'envoi des dossiers

Les demandes de Prestations accompagnées des pièces justificatives visées ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

- 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'Institution des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

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

## 11.3 Versement des prestations

A compter de la date du décès du Participant, le capital du par l'Institution est revalorisé jusqu'à réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat.

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

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

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

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

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès aux(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) à l'article 10.2. 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 ARRET DE TRAVAIL

### ARTICLE 12 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

#### 12.1 Définition et conditions de garantie

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale, le Participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie, professionnel ou non, et qui bénéficie à ce titre du versement des indemnités journalières de la MSA, au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Cette prestation est versée au Participant. Ses modalités sont décrites au sein de l'Annexe I aux présentes Conditions Générales.

#### 12.2 Prestations

**Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient pour le Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise :**

- d'avoir justifié par certificat médical dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la MSA ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union Européenne.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

Le versement des prestations complémentaires intervient :

- ✓ dès le **1<sup>er</sup> jour** d'arrêt de travail en cas d'accident du travail (hors accident de trajet) ou de maladie professionnelle ;
- ✓ à compter du **4<sup>ème</sup> jour** d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Le salarié ayant six mois d'ancienneté continue ou révolue et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales sur la mensualisation, bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du **61<sup>ème</sup> jour** d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;

- à compter du **71<sup>ème</sup> jour d'absence**, dans tous les autres cas.

#### 12.3 Durée des prestations incapacité de travail

Les prestations sont versés aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la MSA.

Le versement cesse à la survenance d'un des événements suivants :

- dès la fin du versement des indemnités journalières de la MSA ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la MSA ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

### ARTICLE 13 – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE ET INVALIDITE

#### 13.1 Garantie en cas d'incapacité permanente professionnelle

En cas d'incapacité permanente professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale de 30% et plus, le Participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution, dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I aux présentes conditions générales.

Elle s'ajoute à celle versée par la MSA et son versement débute dès le versement de la pension d'invalidité ou d'incapacité permanente de la MSA.

En revanche, elle ne se cumule pas avec les indemnités journalières versées au titre de l'incapacité temporaire.



La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité permanente par la MSA (date d'effet de la notification). Elle est versée mensuellement à terme échu, et sur présentation des originaux de la MSA. Elle est égale à 30% du salaire mensuel de référence.

La rente est versée aussi longtemps que le bénéficiaire perçoit une pension de la MSA. Elle est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

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

- à la date de la liquidation effective de la pension vieillesse du régime de base du participant ;
- au décès du participant

### **13.3 Garanties en cas d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie**

En cas d'invalidité reconnue par la MSA de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie, le Participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution, dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I aux présentes conditions générales.

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie par la MSA (date d'effet de la notification). Elle est versée mensuellement.

La rente est versée aussi longtemps que le bénéficiaire perçoit une pension de la MSA. Elle est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

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

- à la date de la liquidation effective de la pension vieillesse du régime de base du participant ;
- au décès du participant.

### **ARTICLE 14 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 12, 13)**

**Le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la Sécurité sociale ou de la MSA, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnités chômage, et des indemnités ou rentes complémentaires versées au titre du présent contrat, toutes ces sommes étant considérées en net, ne peut pas conduire à verser au participant une somme supérieure à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.**

**Le complément de pension accordé par la MSA, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3<sup>ème</sup> catégorie n'entre pas dans ce calcul.**

**En cas de dépassement, la prestation due est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il peut être réclamé au participant indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.**

### **ARTICLE 15 – CONTROLE MEDICAL**

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, l'Institution pourra procéder à un contrôle médical.

Le Participant devra se soumettre aux examens de contrôle demandés par l'Institution. Il devra fournir, sur demande, les pièces justificatives dont l'assurance de confidentialité lui est garantie.

- Si le Participant ne peut se déplacer, il devra faire parvenir un certificat médical de son médecin traitant le spécifiant et en précisant la cause. Le médecin contrôleur doit alors avoir un libre accès à son lieu de traitement ou à son domicile afin de pouvoir constater la gravité de son état, et ce en dehors des heures de sorties habituellement consenties par la Mutualité Sociale Agricole.

- Sauf cas de force majeure, le Participant ne se présentant pas à la convocation du médecin contrôleur perd son droit à prestation tant que ce contrôle n'a pas eu lieu.

- De même, en cas de refus d'un Participant de se soumettre à un contrôle médical, de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Mutualité Sociale Agricole, le paiement des prestations est refusé.

Dans ces deux derniers cas, en cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

En cas de contestation des conclusions du médecin de l'Institution, les parties choisissent un médecin tiers pour qu'il se prononce définitivement. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est

demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile du salarié de nommer l'expert.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'Institution restent à la charge de cette dernière, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Au-delà de ces procédures, toute situation litigieuse sera soumise à la Commission Paritaire de Suivi qui, après étude, pourra proposer une position sur le contentieux exposé.

Les décisions de l'Institution prises en fonction des résultats du contrôle sont notifiées au Participant par courrier recommandé.

## **ARTICLE 16 – FORMALITES A ACCOMPLIR**

### **16.1 Pièces justificatives**

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

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

✓ Incapacité temporaire

L'Institution s'occupe du versement des indemnités journalières. Les pièces justificatives doivent lui être adressées. Les justificatifs nécessaires au versement des prestations doivent être envoyés à l'Institution le plus tôt possible.

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution) ;
- Les décomptes d'indemnités journalières de la MSA ;
- Le certificat médical initial d'arrêt de travail ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- En cas de rechute reconnue comme telle par la MSA, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

✓ Invalidité permanente

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire type de l'Institution) ;
- La notification d'attribution de pension ou de la rente d'invalidité permanente, émanant de la MSA au moment de l'ouverture des droits ;
- Le justificatif de paiement de la rente de la MSA ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- Un RIB du bénéficiaire ;
- En cas d'incapacité de travail, une copie de l'attestation à destination des organismes gérant les assurances chômage « Pôle Emploi » si le Participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.

### **16.2 Délai d'envoi des dossiers**

Les demandes de Prestations accompagnées des pièces justificatives visées ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

- Au titre du risque incapacité temporaire de travail : au plus tard dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours après la date d'arrêt de travail ou si la franchise prévue à l'Annexe I des présentes Conditions Générales 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 / Perte totale et irréversible d'autonomie) : 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).

# TITRE III

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### ARTICLE 17 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

#### 17.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du Participant sous réserve, que ce dernier ait au moins six mois d'ancienneté continue et révolue chez l'Adhérent. La condition d'ancienneté est acquise au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui au cours duquel le participant acquiert six mois d'ancienneté.

Ainsi, les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant au cours duquel la condition d'ancienneté est satisfaite.

#### 17.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

##### Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence, au profit des Participants dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'Adhérent.

#### 17.3 Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution assure aux Participants couverts collectivement par les garanties prévoyance, le maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du 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 (12) mois.

L'Adhérent signale le maintien des garanties et informe l'Institution de la rupture du contrat de travail et lui transmet le formulaire de portabilité de l'Institution, dûment complété. Le Participant doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'Institution et notamment le justificatif d'ouverture des droits à l'assurance chômage ainsi que les justificatifs de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez l'Adhérent.

Le maintien des garanties ne peut conduire le Participant à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle le Participant reprend une activité professionnelle ;

- à la date à laquelle le Participant ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès que le Participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle Emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage/retraite) ;
- en cas de décès du Participant ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat de l'employeur, les participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution dans les deux mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Le présent article est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

#### **17.5 Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation du Participant**

Les prestations servies en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité en cours de service à la date de cessation des droits du Participant sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans les présentes Conditions Générales.

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

La clause de revalorisation prévue à l'article 23 continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

#### **17.6 Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation du participant**

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du Participant, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 17.2 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

#### **17.7 Sort des prestations en cas de changement d'organisme assureur**

En cas de changement d'organisme assureur, l'Institution transférera au nouvel assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de résiliation, ainsi que l'ensemble des éléments financiers relatifs au régime de prévoyance. Ces provisions mathématiques seront calculées sur la base des prestations à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation, en application de la réglementation en vigueur.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leur terme. L'Institution sera de ce fait libérée de toute obligation après transmission de tous les éléments constituant les provisions mathématiques transférées.

## ARTICLE 18 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant ne relève plus du champ d'application de l'accord du 04 décembre 2015 ;
- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garanti ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du Participant ;
- en cas de cessation du contrat de travail, les garanties cessent à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord du 04 décembre 2015 ou de résiliation du présent contrat.

En cas de radiation du Participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 17.4 ci-avant.

## ARTICLE 19 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et la pêche maritime, **dans la limite des Tranches A et B** (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

La garantie en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 12 est financée exclusivement par la part salariale.

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 17.4, le financement du contrat est assuré conjointement par le Participant et l'Adhérent. La part de cotisation du Participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1<sup>er</sup> jour de l'affiliation.

Conformément à l'Accord, les cotisations sont fixées pour les exercices 2016 et suivants à :

- Participants ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue :

Garanties	Employeur	Salarié	Ensemble
Décès PTIA	0,29%		0,29%
Allocation obsèques	0,03%		0,03%
Incapacité temporaire de travail		0,45%	0,45%
Incapacité permanente de travail	0,05%		0,05%
Invalidité	0,11%	0,03%	0,14%
	0,48%	0,48%	0,96%

Cette répartition est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution des taux à appliquer aux garanties pour permettre le respect de l'équilibre défini au terme de l'accord.

Les cotisations peuvent également évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du régime ou des évolutions législatives et réglementaires, sous réserve du respect d'un préavis de **deux mois**, et après consultation et accord des partenaires sociaux.

La reprise de passif peut entraîner une révision de la cotisation correspondante.

## ARTICLE 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le versement des cotisations des Participants est assuré par l'Adhérent.

Les cotisations sont annuelles et payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. Les bordereaux sont adressés à l'Adhérent avant la fin du 1<sup>er</sup> mois du trimestre suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues et la date limite d'exigibilité est fixée au 15 du mois suivant.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

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

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

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations à l'échéance, l'adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

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

**L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent. L'Institution informe la Commission paritaire de suivi dans tous les cas de défaillance et en cas de résiliation par elle.**

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

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

## ARTICLE 21 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES

### EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties dans les cas et conditions visés à l'article 17.2 ci-avant.

### MAINTIEN DES GARANTIES

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

## ARTICLE 22 – BASE DES PRESTATIONS

### **Pour les garanties décès, incapacité temporaire de travail :**

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et la pêche maritime, **dans la limite des Tranches A et B** (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale) déclarées soit au cours des douze mois précédant l'évènement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la Sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul des prestations.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué au prorata temporis.

### **Pour la garantie invalidité 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie :**

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut des tranches A et B, soumis à cotisations sociales au cours des douze mois ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon l'évolution de la valeur du point ARRCO, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire brut est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle de salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de un douzième de leur montant.

### **Dispositions communes aux garanties :**

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé en fonction de l'évolution du point ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires) intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente – professionnelle), l'invalidité et le décès.

Si une période d'incapacité temporaire (professionnelle ou non) a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité (classement en invalidité).

## **ARTICLE 23 – REVALORISATION DES PRESTATIONS**

Sont concernées par la revalorisation les indemnités journalières et les rentes d'invalidité.

Les prestations en cours de service sont revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

La revalorisation s'applique à l'assiette de la prestation pour l'incapacité temporaire de travail et à la prestation elle-même pour les autres prestations concernées.

## **ARTICLE 24 – RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION**

### **CAS ET CONDITIONS DE RESILIATION**

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 2, le contrat peut être résilié dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

### ***Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT***

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

### **EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT**

#### ***Vis-à-vis de l'ADHERENT***

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

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

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

#### ***Vis-à-vis du PARTICIPANT***

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.

L'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive des partenaires sociaux qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

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

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

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation de la Base des Prestations prévue à l'article 23 cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

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

### **ARTICLE 25 – REPRISE DE PASSIF**

Les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise au régime et répondant aux conditions d'ouverture du droit, seront pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans le contrat d'assurance.

Les salariés des Adhérents ayant régularisé leur affiliation auprès de l'Institution sont garantis à la date d'adhésion de l'entreprise au régime pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures des prestations arrêt de travail réglées par un précédent assureur à la date d'effet de l'adhésion d'une entreprise à l'accord départemental sont prises en charge par l'Institution.
- la reprise des garanties décès maintenues par un précédent assureur au titre d'une incapacité temporaire de travail ou incapacité permanente professionnelle ou invalidité en cours à la date d'adhésion de l'entreprise à l'accord départemental, est accordée, sans impact tarifaire, dès lors qu'il y a :
  - d'une part communication par l'entreprise d'un état détaillé de ces bénéficiaires, dans les 45 jours, suivant la date d'adhésion,
  - et d'autre part, transfert de la totalité des provisions mathématiques règlementaires (correspondant au maintien de la garantie décès) de l'ancien assureur vers l'Institution.

En l'absence de contrat de prévoyance antérieur, l'Institution couvrira l'intégralité des garanties définies dans la présente convention pour les arrêts de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, y compris ceux pour lesquels l'obligation de complément de salaire par l'employeur a pris fin avant cette date, sous réserve que l'entreprise déclare dans le trimestre civil suivant la date d'adhésion, les arrêts de travail en cours à cette date,

Dans ces situations, le risque arrêt de travail étant déjà survenu, le coût afférent à cette prise en charge par l'organisme assureur correspond techniquement au montant des provisions mathématiques afférentes à constituer lors de cette reprise de passif.

L'Institution pourra demander à l'entreprise un complément de cotisations permettant le financement de cette reprise de passif.

### **ARTICLE 26 – RISQUES EXCLUS**

**Sont garantis par le présent contrat tous les risques de décès, y compris le suicide du participant, à l'exclusion de ceux résultant :**

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.



**Les autres garanties du régime (incapacité temporaire, incapacité et invalidité permanente) ne prévoient pas de clauses d'exclusion.**

## **ARTICLE 27 – DÉCLARATION ANNUELLE DES SALAIRES ET RÉGULARISATION**

Avant le 31 janvier de chaque année, l'entreprise doit retourner à l'Institution, l'état nominatif annuel des salaires de l'exercice précédent. A défaut, l'entreprise pourra être mise en demeure de fournir cet état sous quinzaine.

A partir de l'état nominatif annuel des salaires, l'Institution établit chaque année un document d'apurement des cotisations de l'exercice précédent qu'elle adresse à l'entreprise, qui dispose d'un délai de 15 jours pour régulariser son compte si elle est débitrice. Dans le cas contraire, le crédit est imputé sur la première cotisation de l'année suivante ou le cas échéant remboursé.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations, notamment celles décrites au présent article de la présente convention, sont applicables à l'apurement des comptes. En l'absence de communication de l'état nominatif, l'Institution pourra procéder à toute régularisation sur la base des éléments en sa possession. L'entreprise doit mettre à disposition de l'Institution toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

## **ARTICLE 28- PRINCIPE DE SOLIDARITE**

### **28.1 Mise en œuvre du principe de solidarité :**

La couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 28.2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture prévoyance est affectée au financement de ces mesures.

L'Institution rappelle que les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le Participant ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'Institution.

### **28.2 Dispositifs de prévention et d'action sociale**

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité comprennent notamment :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

## **ARTICLE 29 – PRESCRIPTION**

**Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à CINQ ANS en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à DIX ANS pour les garanties nées du décès du Participant.

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

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

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

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

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution au participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

#### **ARTICLE 30 – CLAUSE DE SUBROGATION**

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

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

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

#### **ARTICLE 31 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le Participant et l'Institution.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à [contact-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq –

45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

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

Le groupe Humanis 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 de la loi susmentionnée.

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](http://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, 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'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

## ARTICLE 32 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09).

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 des contrats, à l'adresse suivante :

HUMANIS PREVOYANCE  
Service Satisfaction Clients  
303 rue Gabriel Debacq  
45777 SARAN Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À 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 adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

Si un désaccord persistait après réponse donnée par l'Institution, et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, 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 du CTIP  
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS  
Tél : 01 42 66 68 49  
[mediateur@ctip.asso.fr](mailto:mediateur@ctip.asso.fr)  
[www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)

L'avis du Médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

## L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

---

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

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

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à 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.

**À QUI S'ADRESSER ?**

**HUMANIS PREVOYANCE**  
Service social  
93 rue Marceau  
93187 MONTREUIL cedex

**N° Azur 0811 919 919**

Appel non surtaxé