



Notice d'information Prévoyance

Edition janvier 2015

Régime prévoyance décès et arrêt de travail
Ensemble du Personnel non affilié à l'AGIRC quelle
que soit leur ancienneté pour les garanties « Décès »
ayant six mois d'ancienneté et plus pour les garanties
« Arrêt de Travail ».

Référence « NI-CCN-Régime Prévoyance »

Accord régional « prévoyance » du 10 septembre 2009 modifié.
Au profit des salariés relevant du champ dudit accord, non affiliés à l'AGIRC,
des exploitations forestières des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure.



| CRIA PRÉVOYANCE

Sommaire

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE	6
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
➤ ARTICLE 1 LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES CONVENTIONNELLES	7
➤ ARTICLE 2 ENTRÉE EN VIGUEUR ET PÉRIODE DE COUVERTURE	7
➤ ARTICLE 3 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	7
➤ ARTICLE 4 MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS	7
➤ ARTICLE 5 CESSATION DES GARANTIES	8
➤ ARTICLE 6 COTISATIONS	8
➤ ARTICLE 7 REVALORISATION DES PRESTATIONS	8
➤ ARTICLE 8 DÉFINITION DU CONJOINT	8
➤ ARTICLE 9 DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE	8
➤ ARTICLE 10 PRISE EN CHARGE DES ARRÊTS DE TRAVAIL EN COURS À LA DATE D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE	8
➤ ARTICLE 11 EXCLUSIONS	9
➤ ARTICLE 12 PRESCRIPTION	9
➤ ARTICLE 13 DÉCLARATION	9
➤ ARTICLE 14 CLAUSE DE SUBROGATION	9
➤ ARTICLE 15 DÉLAI ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	9
➤ ARTICLE 16 DÉNONCIATION DU RÉGIME/CHANGEMENT D'ASSUREUR	9
➤ ARTICLE 17 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	9
➤ ARTICLE 18 AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – RÈGLEMENT DES LITIGES	9
➤ ARTICLE 19 ASSISTANCE	10
TITRE II – GARANTIES DÉCÈS	10
➤ ARTICLE 20 SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS	11
➤ ARTICLE 21 CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES	11
➤ ARTICLE 22 BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES	11
➤ ARTICLE 23 MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS	11
➤ ARTICLE 24 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE	11
TITRE III – GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	12
➤ ARTICLE 25 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	12
➤ ARTICLE 26 INVALIDITÉ PERMANENTE	12
➤ ARTICLE 27 PLAFONNEMENT DES GARANTIES – DISPOSITIONS COMMUNES AUX ARTICLES 25 ET 26	12
➤ ARTICLE 28 CONTRÔLE MÉDICAL	13
➤ ARTICLE 29 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE	13
➤ L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	14

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime Prévoyance mis en place par ce dernier auprès d'Humanis Prévoyance.

A _____ le _____

Signature



Votre régime de prévoyance

L'Accord régional du 10 septembre 2009 modifié (ci-après dénommé « l'Accord ») signé entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles de prévoyance pour l'ensemble des salariés relevant du champ d'application de l'Accord précité, et non affiliés à l'AGIRC des exploitations forestières des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure.

Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance, est chargée de mettre en place le régime dans toutes les entreprises précitées dont le siège social se situe dans le département de l'Eure ou de la Seine-Maritime, pour être l'assureur et le gestionnaire des garanties.

Vous trouverez dans cette notice la définition de ces garanties de prévoyance ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur ou directement à votre interlocuteur.

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

Vos garanties	Prestations en % du salaire Tranche A (TA)								
Décès toutes causes	En cas de décès du Participant, quelle que soit son ancienneté , l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) un capital égal à : Participant, Célibataire, Veuf ou Divorcé > 100 % du Salaire de référence Participant Marié ou lié par un PACS > 150 % du Salaire de référence Majoration par enfant à charge > 25 % du Salaire de référence								
Maintien de salaire pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	Franchise : Maladie et accident de la vie professionnelle : néant Autres arrêts (y compris l'accident de trajet) : 7 jours . • Montant de l'indemnisation sur 12 mois (durée en jours calendaires) : <table border="1" data-bbox="549 831 1161 1055"> <thead> <tr> <th data-bbox="549 831 855 936">Ancienneté</th> <th data-bbox="855 831 1161 936">90% du Salaire de référence TA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="549 936 855 981">6 mois à 18 ans</td> <td data-bbox="855 936 1161 981">100 jours</td> </tr> <tr> <td data-bbox="549 981 855 1025">18 ans à 31 ans</td> <td data-bbox="855 981 1161 1025">140 jours</td> </tr> <tr> <td data-bbox="549 1025 855 1055">31 ans et plus</td> <td data-bbox="855 1025 1161 1055">160 jours</td> </tr> </tbody> </table> En cas de réduction des prestations de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) notamment dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail, l'Institution ne compense pas la baisse des prestations. La durée totale d'indemnisation mentionnée dans le tableau ci-dessus tient compte des indemnités déjà versées au titre du régime durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré.	Ancienneté	90% du Salaire de référence TA*	6 mois à 18 ans	100 jours	18 ans à 31 ans	140 jours	31 ans et plus	160 jours
Ancienneté	90% du Salaire de référence TA*								
6 mois à 18 ans	100 jours								
18 ans à 31 ans	140 jours								
31 ans et plus	160 jours								
Relais du maintien de salaire pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	Dès le dernier jour d'arrêt de travail ayant donné lieu à indemnisation au titre du maintien de salaire tel que défini ci-dessus, versement d'une indemnité égale à : 15 % du Salaire de référence TA**								
Invalidité et incapacité permanente pour les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus	• Maladie et accident de la vie privée : 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie : 15 % du Salaire de référence TA** • Maladie et accident de la vie professionnelle : Taux d'IPP supérieur ou égal à 66,66 % : 15 % du Salaire de référence TA**								

* sous déduction des prestations brutes (avant prélèvements sociaux) versées par la MSA

** en sus des prestations versées par la MSA

LE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

➤ ARTICLE 1 | BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES CONVENTIONNELLES

Tout salarié agricole non affilié à l'AGIRC, employé par une entreprise (ci-après dénommée « l'Adhérent ») appartenant au champ d'application de l'Accord, bénéficie obligatoirement du régime conventionnel quelle que soit son ancienneté pour les garanties « Décès » et ayant six mois d'ancienneté et plus pour les garanties « Arrêt de travail ».

L'ancienneté, lorsqu'elle est requise, est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté.

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés de la catégorie socioprofessionnelle visée ci-dessus, sous contrat de travail, ainsi que les salariés embauchés ultérieurement.

Pour la présente notice, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

➤ ARTICLE 2 | ENTRÉE EN VIGUEUR ET SUSPENSION DES GARANTIES

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

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

Cela signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- et
- le Participant doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 1 ci-avant.

➤ ARTICLE 3 | MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à une maladie ou à un accident :

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu au maintien de tout ou partie du salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime pour une autre cause que l'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident ; les garanties sont suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

À défaut, la garantie ne prend effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de l'Adhérent.

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

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu :

- soit à un maintien total ou partiel de salaire ;
 - soit au versement 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 ;
- Le bénéfice des garanties est maintenu au salarié.
- Les cotisations sont dues en totalité (part patronale et part salariale) pendant toute la période de la suspension du contrat de travail indemnisé.

Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité :

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité donnant lieu :

- soit au maintien total ou partiel de salaire ;
 - soit au versement 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 ;
- et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle sont maintenues sans versement des cotisations pour tout mois complet civil d'absence.
- Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation est calculée sur le salaire et/ou le complément de salaire versé par l'employeur.

➤ ARTICLE 4 | MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

Les salariés bénéficient, à compter du 1^{er} juin 2015, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 mois ;
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- L'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'Institution de la cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'Institution, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

➤ ARTICLE 5 | CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- à la date d'effet de la liquidation des droits à la retraite du Participant ;
- à la date à laquelle le régime n'est plus en vigueur dans l'entreprise ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord ou du contrat d'assurance et de gestion administrative.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties décès prévu à l'article 23 de la présente notice tant que l'Accord ou le contrat d'assurance et de gestion administrative n'est pas dénoncé.

Les prestations arrêt de travail en cours de service sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties prévues dans la présente notice. La clause de revalorisation prévue à l'article 7 ci-après continue de produire ses effets tant que l'Accord ou le contrat d'assurance et de gestion administrative n'est pas dénoncé.

Les dispositions concernant le cas de la dénonciation et du changement d'organisme assureur sont mentionnées à l'article 16 ci-après.

➤ ARTICLE 6 | COTISATIONS

Le financement du régime 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 1er jour de l'affiliation.

Elles sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire annuel brut déclaré par l'Adhérent à la Mutualité Sociale Agricole (MSA), dans la limite de la tranche A.

➤ ARTICLE 7 | REVALORISATION DES PRESTATIONS

La revalorisation des prestations périodiques est définie chaque année par la Commission Paritaire de Gestion sur proposition de l'Institution et en référence à l'évolution de la valeur du point ARRCO ou de tout autre indice qui s'y substituerait.

Les dispositions concernant le cas de la dénonciation et du changement d'organisme assureur sont mentionnées à l'article 16 ci-après.

➤ ARTICLE 8 | DÉFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint au titre du régime :

- le conjoint du Participant légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité conformément à l'article 515-1 du Code Civil ;
- à défaut le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux, célibataires, veufs, séparés de corps ou

divorcés, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou déclaré comme tel au service du personnel de l'Adhérent depuis plus de deux ans et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

La condition de durée de deux ans dans le cas précité est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et répond à la définition de l'article 9 ci-après ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

➤ ARTICLE 9 | DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE

Sont réputés à charge du Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au Régime de la Sécurité Sociale des Étudiants ou de la Mutualité Sociale Agricole des Étudiants,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et si l'état d'invalidité est survenu avant leur 18^{ème} anniversaire.

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

➤ ARTICLE 10 | PRISE EN CHARGE DES ARRÊTS DE TRAVAIL EN COURS À LA DATE D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

Les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise et répondant aux conditions d'ouverture du droit, sont pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans la présente notice, sauf à l'être déjà par un organisme complémentaire assurant un niveau supérieur de prestations.

Les Participants en arrêt de travail dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion de l'entreprise et non garantis par un régime existant antérieurement, bénéficient de l'ensemble des garanties prévues dans la présente notice d'information.

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 et de la Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'Institution sont garantis à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cours de service par l'assureur précédent, selon les modalités prévues à l'article 7 de la présente notice d'information ;

- **le bénéfice des garanties décès**, lorsque le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion, pour les bénéficiaires d'indemnités journalières d'incapacité temporaire ou de rentes d'incapacité permanente d'origine professionnelle et non professionnelle ou d'invalidité versées par l'ancien organisme assureur.

Ce bénéfice prend effet :

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



➤ ARTICLE 11 | EXCLUSIONS

Pour l'ensemble des garanties, l'Institution ne garantit pas :

- les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.

Outre les exclusions mentionnées ci-dessus, est également exclu de la garantie Décès, le décès du Participant provoqué volontairement par le bénéficiaire de la garantie Décès dès lors que celui-ci a fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre.

➤ ARTICLE 12 | PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L 932-13 et L 932-13-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Cette prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et l'invalidité.

Elle est portée à dix ans pour les garanties liées à la durée de vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le Participant et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du Participant décédé.

➤ ARTICLE 13 | DÉCLARATION

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

➤ ARTICLE 14 | CLAUSE DE SUBROGATION

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

➤ ARTICLE 15 | DÉLAI ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

➤ ARTICLE 16 | DÉNONCIATION DU RÉGIME CHANGEMENT D'ASSUREUR

En cas de dénonciation de l'Accord et en l'absence de désignation d'un nouvel organisme assureur, l'Institution maintient les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date.

En cas de changement d'organisme assureur, l'Institution transfère au nouvel organisme assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de la dénonciation ; et au maintien des garanties décès.

Ainsi l'Institution est libérée de toute obligation et le nouvel assureur procède au versement desdites prestations jusqu'à leur terme.

En application de l'article L 912-3 du Code de la Sécurité Sociale, les partenaires sociaux organisent les modalités de poursuite des revalorisations futures avec le nouvel organisme assureur.

➤ ARTICLE 17 | INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations concernant le Participant, ou le cas échéant ses ayants-droit, sont utilisées conformément à la Loi n° 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, complétée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à « la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel ».

Elles 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 régime.

Conformément aux dispositions légales, le Participant, ou le cas échéant ses bénéficiaires, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès et de communication, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant.

En conséquence, le Participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant en envoyant un courrier par lettre simple à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN cedex

➤ ARTICLE 18 | AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – RÈGLEMENT DES LITIGES

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 9).

Pour tout renseignement concernant le régime, le Participant peut contacter le Service Satisfaction Clients dont dépend l'Adhérent :

Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN cedex

Tèl. (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 être fournie dans ce délai, l'Institution adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse 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, 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 Cambacérés - 75008 APRIS
Tèl. : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

➤ ARTICLE 19 | ASSISTANCE

En complément des garanties du régime conventionnel, des garanties d'assistance sont accordées par l'Institution.

Les prestations accordées et leurs modalités de mise en œuvre sont définies dans la notice séparée jointe, établie par l'assisteur.

II - GARANTIES DECES

Ces garanties concernent tous les Participants quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise.

➤ ARTICLE 20 | SALAIRE DE RÉFÉRENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

Concernant les salariés en activité, le salaire de référence servant au calcul des prestations décès correspond au salaire perçu au titre des quatre trimestres civils précédents.

Concernant les salariés en arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique, le salaire de référence servant au calcul des prestations décès correspond au salaire perçu au titre des quatre trimestres civils ayant précédé l'arrêt de travail. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues à l'article 7 de la présente notice d'information.

Si le Participant ne compte pas douze mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire de référence correspond au salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée par le salarié.

Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité à la tranche A (soit le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

➤ ARTICLE 21 | CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès toutes causes d'un Participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé dans la partie « Vos garanties prévoyance » de la présente notice d'information.

Ce capital peut dépendre de la situation de famille du Participant au moment du décès et peut comporter une majoration pour enfant à charge tel que défini à l'article 9 ci-avant.

➤ ARTICLE 22 | BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES

DESIGNATION D'UN OU DE BENEFCIAIRE(S) PAR LE PARTICIPANT

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

Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé « désignation de bénéficiaire » 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.

CLAUSE TYPE DE DESIGNATION DE BENEFCIAIRE

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés le capital est attribué suivant l'ordre de priorité

ci-après :

- à son conjoint survivant non séparé de corps judiciairement, non divorcé ou au partenaire auquel le défunt était lié par un PACS ou au concubin tel que défini à l'article 8 ci-avant ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses parents par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

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 est attribuée, par parts égales, à ces derniers.

➤ ARTICLE 23 | MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS

Les garanties décès sont maintenues sans cotisation à tout Participant en incapacité temporaire ou en invalidité percevant à ce titre des prestations de l'Institution, à compter du 1er jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cette incapacité ou invalidité soit intervenue en période de couverture.

Les dispositions concernant le cas de la dénonciation et du changement d'organisme assureur sont mentionnées à l'article 16 ci-avant.

➤ ARTICLE 24 | FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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 certificat d'hérité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire ou de non divorce ;
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du Participant ;
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des enfants à charge ;
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans.

III - GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

Ces garanties concernent tous les Participants ayant six mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise.
L'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le Participant acquiert ladite ancienneté.

➤ ARTICLE 25 | INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

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

La garantie se décompose en deux périodes d'indemnisation :

- maintien de salaire ;
- relais au maintien de salaire, à l'expiration des droits au maintien de salaire. Ses modalités de mise en œuvre sont décrites dans la partie « Vos garanties prévoyance » de la présente notice d'information.

23.2 PRESTATIONS MAINTIEN DE SALAIRE

Le versement du complément de rémunération intervient à condition pour le Participant :

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

Le salaire de référence servant au calcul des prestations correspond à la rémunération brute que le Participant aurait perçue s'il avait continué à travailler et correspondant à l'horaire pratiqué dans l'établissement (ou partie d'établissement) pendant l'absence de ce dernier. Toutefois, si par suite de l'absence du Participant, l'horaire des Participants restant au travail devait être augmenté, cette augmentation ne serait pas prise en considération pour la fixation de la rémunération.

Le salaire de référence est limité à la **tranche A** (soit le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour de l'absence.

23.3 PRESTATIONS EN RELAIS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Le salaire journalier de référence servant au calcul des prestations correspond au salaire journalier calculé par la MSA limité à la **tranche A** (soit le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

L'indemnisation intervient dès le dernier jour d'arrêt de travail ayant donné lieu à indemnisation au titre de la garantie maintien de salaire définie ci-dessus

23.4 DUREE DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL

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 1 096^{ème} jour d'arrêt de travail.

➤ ARTICLE 26 | INVALIDITE PERMANENTE

DÉFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

En cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66,66 % ou en cas d'invalidité reconnue par la MSA de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, le Participant bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution.

Ses modalités sont décrites dans la partie « Vos garanties prévoyance » de la présente notice d'information.

SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS RENTES

Le salaire mensuel brut de référence correspond au 12^{ème} des salaires bruts perçus par le Participant au cours des douze mois civils ayant précédé la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée par le Participant si celui-ci ne compte pas douze mois de présence dans l'entreprise.

Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant. Le salaire de référence est limité à la **tranche A** (soit le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale).

DUREE DES PRESTATIONS INVALIDITÉ

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 trimestriellement à terme échu, au début du trimestre civil qui suit.

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

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

- au dernier jour du mois précédant la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse (y compris pour inaptitude au travail) de la MSA ;
- à la date à laquelle le Participant cesse de percevoir une rente d'invalidité de la MSA (pour la garantie invalidité) ;
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66,66 % (pour la garantie incapacité permanente).

➤ ARTICLE 27 | PLAFONNEMENT DES GARANTIES – DISPOSITIONS COMMUNES AUX ARTICLES 25 ET 26

Le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la MSA, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnités chômage, et des indemnités ou rentes

complémentaires versées au titre du présent régime, toutes ces sommes étant considérées en net, ne peut pas conduire à verser au Participant une somme supérieure au salaire net qu'il aurait touché s'il avait continué à exercer son activité.

Le complément de pension accordé par la MSA au titre de l'assistance d'une tierce personne aux personnes reconnues en invalidité de 3^{ème} catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation due par l'Institution est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il peut être réclamé au Participant indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Les Participants doivent fournir à l'Institution toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le Participant refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

➤ ARTICLE 28 | CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par le service médical de l'Institution.

Pour l'ensemble des garanties prévues dans la présente notice, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du Participant.

Les décisions de l'Institution, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin que son service médical a missionné, sont notifiées au Participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

En cas de contestation, celle-ci doit être adressée au service médical de l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant, le Participant et le service médical de l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au Participant et à l'Institution. Cette dernière supporte seule les frais relatifs à sa nomination et à ses missions. Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

En sus de ce contrôle mené à l'initiative de l'Institution, l'Adhérent donne mandat à cette dernière pour diligenter en son nom et pour son compte par son service médical des contre-visites médicales, à l'encontre d'un Participant, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite sont transmis à l'Adhérent.

Au-delà de ces procédures, et avec l'assurance de la confidentialité, toute situation litigieuse est soumise à la Commission Paritaire de Gestion qui, après étude, peut arrêter et faire valoir une position sur le contentieux exposé.

➤ ARTICLE 29 | FORMALITÉS A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

Indemnités journalières

Ces pièces doivent être envoyées dans un délai de 30 jours suivant le début de l'arrêt de travail.

- 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.

Rentes

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution) ;
- La notification d'attribution de pension ou de 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.

L'action sociale : une dimension humaine



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

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

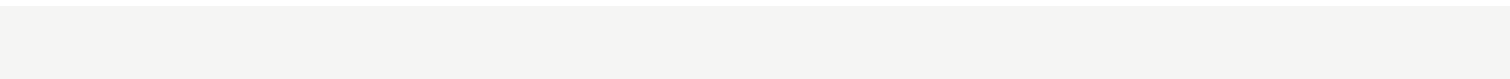
- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- **conseiller** sur les démarches à entreprendre,
- **étudier** la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

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

HUMANIS
Service Social

 N° Cristal **09 72 72 23 23**

APPEL NON SURTAXÉ





Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat



Téléphone :  N° Cristal **09 77 40 06 80**

APPEL NON SURTAXÉ

Fax : 04 99 58 55 61

HUMANIS

TSA 47 371

34186 MONTPELLIER CEDEX 4



internet :

accord-de-branche.humanis.com