

CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL DU 23 JUIN 2015
CONCERNANT LES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE LA GIRONDE

PRÉVOYANCE

Contrat collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION

RÉFÉRENCÉE NI/HP/PREV-CCN GIRONDE - 01.19

Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____

Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
PRÉAMBULE.....	6
▶ Modalités d'affiliation	6
▶ Prise en charge des risques en cours	6
GARANTIES	7
▶ Garanties décès	7
▶ Garanties arrêt de travail	8
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	11
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien.....	11
▶ Cessation des garanties	11
▶ Maintien des garanties.....	11
▶ Cotisations.....	13
▶ Exonération des cotisations et maintien des garanties	13
▶ Effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'adhésion	14
▶ Salaire de référence	14
▶ Revalorisation	14
▶ Définition des personnes à charge	15
▶ Exclusions.....	15
▶ Principe de solidarité	15
▶ Recours - Prescription.....	16
▶ Réclamations – Médiations.....	17
▶ Contrôle de l'Institution	17
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	19
VERSEMENT DES PRESTATIONS	20
▶ Déclaration des sinistres	20
▶ Obligations du Participant	22
▶ Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle.....	22
▶ Contrôles médicaux	22
▶ Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès	23
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	24
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES.....	25

PRÉAMBULE

La Convention Collective de travail du 23 juin 2015 concernant les exploitations agricoles de la Gironde (dénommée ci-après « la Convention collective ») modifiée par avenant en date du 4 septembre 2018 a mis en place des garanties conventionnelles de prévoyance pour les salariés agricoles non affiliés à l'Agirc et relevant de la Convention collective de travail précitée du 23 juin 2015 concernant les exploitations agricoles de la Gironde.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Collective de travail du 23 juin 2015 concernant les exploitations agricoles de la Gironde, adhère au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75014) 29 Boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime conventionnel 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 centre de gestion.

► Modalités d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier les **salariés agricoles non affiliés à l'Agirc et relevant de la convention collective de travail du 23 juin 2015 concernant les exploitations agricoles de la Gironde** sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion, ainsi que les salariés embauchés ultérieurement.

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe la déclaration d'affiliation établie par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil.

En lieu et place de cette déclaration l'Adhérent, peut communiquer à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel.

► Prise en charge des risques en cours

Entreprises déjà affiliées au contrat d'assurance collective du régime prévoyance mis en œuvre par l'Institution

Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution bénéficient au titre du contrat de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans la présente notice d'information et les Conditions Générales.

Entreprises non affiliées au contrat de prévoyance collective sous l'ancien régime

Les entreprises qui rejoignent le régime de prévoyance, alors qu'un ou plusieurs salariés ont des risques en cours à la date d'effet de leur adhésion, doivent en faire la déclaration auprès de l'Institution par le biais du formulaire « déclaration de reprise de passif ».

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat dès sa date d'effet en cas de changement d'état médical, le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire à l'invalidité,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

Pour ces entreprises, une pesée spécifique du risque sera réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation des contrats d'assurance souscrits. L'Institution calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique des contrats d'assurance. Une prime unique pourra être réclamée par l'Institution aux entreprises se trouvant dans cette situation.

GARANTIES

► Garanties décès

Quel est l'objet de ces garanties ?

Capital décès « 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), un capital dont le montant est précisé en annexe de la présente notice d'information.

Invalidité absolue et définitive

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

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

En cas d'IAD du Participant, reconnue par l'Institution, celle-ci lui verse sur demande du Participant :

- le capital décès « toutes causes » en 24 mensualités,
- les rentes éducation

sous réserve que le contrat d'adhésion soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité absolue et définitive, excepté s'il se trouve dans la situation visée à l'article 23.

Le capital est versé à compter de la consolidation de l'IAD.

Ce versement met fin à la garantie capital décès « toutes causes ».

Le Participant est le seul bénéficiaire.

Frais d'obsèques

En cas de décès du conjoint du Participant ou d'un enfant à charge tels que défini à l'article 24, il est versé une allocation obsèques dont le montant est fixé en annexe I.

Cette allocation est versée au Participant ayant réglé les frais d'obsèques, sur justificatifs.

Elle est limitée aux frais réels en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

Rente éducation

Définition de la prestation

En cas de décès ou d'IAD d'un Participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge tels que définis à l'article 27 une rente annuelle temporaire dont le montant annuel est fixé en annexe.

Les enfants répondant à la définition de l'article 27 doivent obligatoirement être également à la charge du Participant bénéficiaire.

Le montant de la rente est précisé en annexe.

Paiement et durée

La rente est payable par trimestre civil et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou l'IAD du Participant.

Le montant varie en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite alors « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès du participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite indiqué.

Les rentes éducation sont versées aux enfants à charge ou à leur représentant légal.

Le versement de la rente éducation cesse au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son 18^{ème} anniversaire ou, son 26^{ème} anniversaire, s'il poursuit des études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel.

Formalités

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Institution pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'Institution.

Les prestations prennent effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès.

En cas de disparition du Participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Bénéficiaire(s) en cas de décès

Clause bénéficiaire contractuelle

À défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou des bénéficiaires avant le décès du Participant, le(s) bénéficiaire(s) de la prestation en capital due au titre des garanties définie à l'article « Capital décès toutes causes » est (sont) :

- ❖ le conjoint survivant du Participant à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès, ou le Partenaire du participant lié par un PACS ou le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil, à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès.
- ❖ le concubin doit être célibataire, veuf ou divorcé et doit apporter la preuve de deux ans de vie commune avant le décès, ou un enfant reconnu par les deux parents doit être né de leur relation,
- ❖ à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du Participant, par parts égales entre eux,
- ❖ à défaut, le père et la mère du Participant, par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- ❖ à défaut, les héritiers du Participant par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par le Participant

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

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

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

En cas d'IAD, le capital décès est versé au salarié lui-même.

Cas particuliers

- ❖ Les majorations du capital décès résultant de la présence d'enfants à charge au sens du présent contrat sont attribuées :
 - au parent survivant, s'il est bénéficiaire,
 - ou, à défaut, aux enfants à charge, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

- ❖ Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le capital décès déduction faite des éventuelles majorations pour enfant à charge, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.
- ❖ En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier.
- ❖ **En cas de décès du Participant intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital ou les rentes sont versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :**
 - ❖ aux autres bénéficiaires désignés,
 - ❖ ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.

► Garanties arrêt de travail

Incapacité temporaire de travail

Définition et conditions de garantie

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale, le Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident du travail ou de la vie privée ou d'une maladie professionnelle 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 les maladies professionnelles.

L'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le Participant acquiert ladite ancienneté.

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.

L'indemnisation prend effet :

- soit au lendemain du dernier jour d'indemnisation par l'Adhérent au titre de l'article 57 (garantie de ressources) de l'Accord ;
- soit en cas de nouvel arrêt de travail n'entraînant pas la mise en œuvre de la garantie de ressources pour épuisement des droits à ladite garantie :
 - ❖ **Au 1^{er} jour d'absence** lorsqu'il y a rechute de l'affectation précédemment indemnisée, c'est-à-dire si la MSA n'applique pas de délai de carence à ce nouvel arrêt,
 - ❖ **Au 1^{er} jour d'absence** si celle-ci est consécutive à un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajets ou à une maladie professionnelle,
 - ❖ **Au 8^{ème} jour d'absence** dans tous les autres cas.
- soit pour le salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de l'indemnisation par l'entreprise au titre de l'article 57 de l'Accord (garantie des ressources) :
 - ❖ **Au 61^{ème} jour d'absence** si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajets
 - ❖ **Au 71^{ème} jour d'absence** dans tous les autres cas.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation est défini en annexe.

Cessation du paiement 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 date d'effet de 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 1096^{ème} jour d'arrêt de travail.

Versement des indemnités

La gestion des indemnités journalières est subdéléguée auprès de la CCMSA (Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole). Elle fait l'objet d'une convention nationale de gestion entre la CCMSA et l'Institution.

Invalidité – incapacité permanente professionnelle

Définitions et conditions de la rente

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 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie telles que définies à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale, le Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution.

L'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le Participant acquiert ladite ancienneté.

Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant en annexe.

Versement et cessation de la rente

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en incapacité permanente (ou invalidité) par la MSA (date d'effet de la notification). Elle est versée trimestriellement à terme échu, au début du trimestre civil qui suit, sur présentation des originaux de la MSA.

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 rente.

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

- le dernier jour du mois précédant la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la MSA ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire 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).

Formalités

Le paiement de la rente est fractionné en quatre versements trimestriels à terme échu sur présentation des originaux de la MSA.

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

- 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 Mutualité Sociale Agricole au moment de l'ouverture des droits,
- Le justificatif de paiement de la rente de la Mutualité Sociale Agricole,
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations,
- Un RIB ou RIP du bénéficiaire,
- En cas d'invalidité de 1^{ère} catégorie ou 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'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement.

Règle de cumul des prestations arrêt de travail

Le total des prestations versées par la MSA, le régime de prévoyance via l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'assurance chômage), ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus que 100 % de son dernier salaire annuel net d'activité, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation défini dans la présente notice d'information.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, avant application des prélèvements sociaux à la charge du Participant, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au Participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien

Quand débutent les garanties ?

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent, pour les Participants présents à cette date.

À défaut, elles prennent effet à compter de la date d'embauche intervenant postérieurement à l'adhésion de l'Adhérent.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

» Suspension indemnisée du contrat de travail

L'affiliation des participants est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le régime de prévoyance.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'adhérent.

» Suspension non indemnisée du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'adhérent et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès peuvent continuer à être accordées, sous réserve que le participant en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante. L'adhérent doit informer l'Institution de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

► Cessation des garanties

Sous réserve de l'application de l'article « Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits » de la présente notice d'information, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

» soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de

l'adhésion de l'Adhérent,

- » soit à la date de sortie des effectifs,
- » soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- » et, en tout état de cause, à la date prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve de l'article « Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits » de la présente notice d'information.

► Maintien des garanties

Maintien des garanties au titre de la « portabilité des droits

Sous réserve pour l'Adhérent d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit du Participant dont le contrat de travail est rompu dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profite effectivement le Participant sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

La suspension des garanties résultant, notamment, du défaut de paiement des cotisations, produit ses effets à l'égard du Participant dont l'affiliation est maintenue en application du présent article.

Obligations déclaratives du Participant

Le Participant s'engage à fournir :

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

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail, sous réserve de l'application du dernier alinéa du présent article.

Toutefois, les garanties incapacité temporaire de travail prévues à l'article L. 1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

La base des prestations des garanties prévoyance reste constituée par la rémunération brute définie contractuellement, perçue au cours des douze derniers mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de ce dernier.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de base aux prestations est celle prévue au contrat de travail.

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

Si le contrat comporte une garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, le Participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes payeurs confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant. L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des Participants en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

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 d'adhésion de l'entreprise, 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 trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

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 la présente notice.

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 d'adhésion 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 « Revalorisation » continue de produire ses effets tant que le contrat d'adhésion reste en vigueur.

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 des dispositions de la présente notice concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

► Cotisations

Les cotisations 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 MSA dans la limite des tranches A et B.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

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

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la convention collective.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. À ce titre il procède lui-même

à leur calcul et à leur versement à l'Institution aux différentes échéances prévues.

► Exonération des cotisations et maintien des garanties

Exonération des cotisations

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité temporaire de travail et invalidité, pour le Participant en incapacité temporaire de travail ou en invalidité dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties incapacité temporaire de travail ou invalidité par l'Institution.

L'exonération est :

- ❖ totale s'il ne perçoit aucun salaire et s'il reste au moins un Participant actif cotisant chez l'Adhérent,
- ❖ ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite du Participant en incapacité temporaire de travail ou en invalidité.

❖

Maintien des garanties

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

- ❖ pour les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité, dans les conditions en vigueur à la date d'arrêt de travail ou à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur,
- ❖ pour les garanties décès, dans les conditions en vigueur à la date du décès.

Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- ❖ dans les cas de cessation des prestations incapacité temporaire de travail et invalidité tels que prévus dans la présente notice d'information,
- ❖ en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

► Effet de la résiliation ou du non-renouvellement de l'adhésion

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 d'adhésion ou 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 d'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), les garanties décès, à l'exception de la garantie double effet conjoint, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en incapacité temporaire de travail ou en invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues au chapitre II.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence prévu dans la présente notice d'information, 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.

► Salaire de référence

Salaire de référence servant au calcul des prestations en cas de décès

Le salaire de référence servant au calcul des prestations en cas de décès correspond au salaire annuel brut global soumis à

cotisations sociales au cours des douze mois civils ayant précédés le mois du décès

Si le Participant ne compte pas douze mois de présence dans l'entreprise avant la survenance de l'évènement ou s'il a fait l'objet d'une interruption d'activité pendant les douze mois précédents, le salaire brut de référence est calculé sur la base du salaire moyen mensuel multiplié par 12 mois.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B. Sa revalorisation est calculée selon les modalités prévues à l'article 22 entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès.

Salaire de référence servant au calcul de la prestation incapacité de travail

Le salaire de référence est égal au salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des douze mois civils ayant précédé l'interruption de travail, y compris les rémunérations variables telles que commissions, gratifications ou primes.

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

Salaire de référence servant au calcul de la prestation invalidité

Le salaire mensuel brut de référence servant au calcul des prestations en cas d'invalidité correspond au douzième des salaires bruts globaux perçus par le Participant au cours des 12 mois civils ayant précédés la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut global calculé sur la période travaillée par le Participant si celui-ci a moins de 12 mois de présence dans l'entreprise ou s'il a fait l'objet d'une interruption d'activité pendant les douze mois précédents.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B. Sa revalorisation est calculée selon les modalités prévues ci-dessous entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

► Revalorisation

Champ d'application

Sont revalorisables :

- ✦ les prestations rentes éducation,
- ✦ les prestations indemnités journalières,
- ✦ les prestations rentes d'invalidité,
- ✦ la base des prestations, en cas de décès pour les Participants bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

Revalorisation des Prestations

Les prestations sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

► Définition des personnes à charge

Définition du conjoint

Pour l'ensemble des garanties du contrat, par conjoint il convient d'entendre :

- ❖ la personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») la personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le concubin la personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

Définition des enfants à charge

Pour l'ensemble des garanties du contrat, par enfant à charge, il convient d'entendre les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- ❖ Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- ❖ Agés de moins de 26 ans poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU)

- ❖ Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- ❖ Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH art L821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.
- ❖ Les enfants du participant nés viables moins de 300 jours après son décès.

► Exclusions

Sont garantis en application du présent régime de prévoyance tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

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

Le fait que l'Institution ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

► Principe de solidarité

Mise en œuvre du principe de solidarité

Conformément à la Convention collective, la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxe 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.

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 peuvent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

- 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.

► Recours - Prescription

Recours subrogatoire

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

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

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées

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

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 ignoré 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 :

- ❖ **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par l'organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du**

contrat collectif ou au participant, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,

- » **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.**

En cas de recommandé électronique, la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

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

► Réclamations – Médiations

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

Humanis Prévoyance

Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le 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 lui adresse un courrier précisant le délai de deux mois.

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

Médiateur de la protection sociale

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce

délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Confidentialité

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

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

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

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

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être

conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à groupe Malakoff Médéric Humanis – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le Participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'organisme assureur pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe Malakoff Médéric Humanis peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante :

<https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. »

Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le 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'adresse mentionnée à l'article ci-dessus à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte authentique : acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les Participants à cet acte.

Bénéficiaire : personne physique qui recevra la prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

Garantie : engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté.

Point de retraite ARRCO : point servant au calcul des retraites des salariés non cadres dont la valeur est établie par l'Association

pour le régime de Retraite Complémentaire des Salariés (ARRCO).

Prestation : mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Rémunération brute : sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Rémunération nette : rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : réalisation du risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- ❖ tranche A : fraction de la rémunération brute annuelle au plus égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- ❖ tranche B : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

Les Participants, l'Adhérent et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du

sinistre (travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par l'Adhérent (majorations pour enfant à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Rente éducation	Frais d'obsèques	Invalidité	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X	X	X	Adhérent
Attestation de l'Adhérent indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Participants ayant des employeurs multiples)					X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X		Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident					X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X		Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X		Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X		X			Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé						Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Participant ou, en cas de décès, précisant que le Participant n'était pas en arrêt de travail	X	X	X		X	Adhérent
Décomptes originaux de la MSA, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X			X	MSA
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X					Notaire / Mairie

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Rente éducation	Frais d'obsèques	Invalité	Organisme délivrant les pièces
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X		TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X			X	MSA
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %		X				MSA
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	X	X	X	X		Mairie
RIB au nom du destinataire de la rente ou des indemnités			X		X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X			X		Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance, ...)	X			X		Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent					X	Adhérent

► Obligations du Participant

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

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

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

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

► Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

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

- au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail :

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

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Institution qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si ce délai n'est pas respecté, et sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'Institution, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

- au titre du risque Invalidité (y compris Invalidité Absolue et Définitive) :

Dans un délai maximum de deux ans à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation (soit, selon les conditions posées à la mise en œuvre des garanties, à compter de la notification d'attribution d'une pension d'Invalidité, d'une rente d'Incapacité Permanente, du classement dans une catégorie d'Invalidité par la Sécurité sociale) ;

- au titre du risque Décès :

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

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

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

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

► Contrôles médicaux

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au participant et à l'Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

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

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

De plus, dans le cadre de la délégation de gestion confiée à la MSA, celle-ci peut procéder à un contrôle médical.

Les décisions résultant du contrôle sont notifiées au Participant par courrier recommandé.

► Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès

En cas de décès du Participant, le versement par l'Institution du capital forfaitaire ou de l'allocation forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies au présent contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation du non versé par l'Institution, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Participant, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

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

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

Le taux moyen des emprunts de l'Etat 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) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

ACTIVITÉS SOCIALES : 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**



ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	PRESTATIONS
Décès toutes causes	<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès toutes causes d'un Participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est calculé en pourcentage du salaire de référence et égal à : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tout Participant : 100 % du salaire de référence TA et TB ▶ + 25 % du Salaire de référence TA et TB par enfant à charge
Incapacité Absolue et Définitive (IAD)	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'Incapacité Absolue et Définitive du Participant, l'Institution verse par anticipation au Participant qui en fait la demande : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 100 % du capital « Décès Toutes Causes » défini ci-dessus en 24 mensualités. <p>Le décès postérieur du Participant n'ouvre plus droit au capital « Décès Toutes Causes ».</p>
Rente éducation	<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès d'un Participant, il est versé à chacun des enfants à charge, tels que définis à l'article 24, une rente progressive et temporaire d'éducation dont le montant exprimé en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité Sociale est égal à : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Jusqu'au 11^{ème} anniversaire : 2,95 % du PASS ▶ Du 11^{ème} jusqu'au 18^{ème} anniversaire : 4,42 % du PASS ▶ du 18^{ème} au 26^{ème} anniversaire : 5,90 % du PASS (si l'enfant poursuit ses études)
Frais d'Obsèques	<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès du conjoint du Participant ou d'un enfant à charge tels que définis à la présente notice, l'Institution verse, dans la limite des frais réellement engagés, une allocation obsèques égale à : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 100 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale <p>Cette indemnité est versée sur justificatif au Participant à condition qu'il ait supporté personnellement ces frais.</p>
Incapacité temporaire de travail Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue	<p>Sauf disposition plus avantageuse dont il pourrait bénéficier, tout Participant ayant une ancienneté continue de six mois dans l'entreprise ou l'exploitation bénéficie d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) égales à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montant de l'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 67 % du salaire de référence TA et TB* • Franchise et durée de l'indemnisation : <p>L'indemnisation prend effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ soit au lendemain du dernier jour d'indemnisation par l'entreprise au titre de l'article 58 de l'Accord (garantie des ressources) en cas de poursuite de l'arrêt ; ▶ soit, en cas de nouvel arrêt de travail n'entraînant pas la mise en œuvre de la garantie de ressources pour épuisement des droits à ladite garantie : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au 1^{er} jour d'absence lorsqu'il y a rechute de l'affectation précédemment indemnisée, c'est-à-dire si la MSA n'applique pas de délai de carence à ce nouvel arrêt, ✓ Au 1^{er} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajets ou à une maladie professionnelle, ✓ Au 8^{ème} jour d'absence dans tous les autres cas. <p>▶ soit pour le salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de l'indemnisation par l'entreprise au titre de l'article 57 de l'Accord (garantie des ressources) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au 61^{ème} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajets ✓ Au 71^{ème} jour d'absence dans tous les autres cas.
Incapacité permanente – Invalidité Participant ayant au moins six mois d'ancienneté continue	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie et accident de la vie privée : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2^{ème} et 3^{ème} catégories : 67 % du salaire de référence TA et TB* ▶ 1^{ère} catégorie : 47 % du salaire de référence TA et TB* • Maladie et accident de la vie professionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux d'IPP ≥ 66,66 % : 10 % du salaire de référence TA et TB**

* sous déduction des prestations brutes versées par la MSA

** en complément des prestations brutes versées par la MSA

TA/TB : tranche A, tranche B. PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur le jour du sinistre



SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris.



JUR147-04 MMH03-19