

CONVENTIONS COLLECTIVES NATIONALES :
DE LA PRODUCTION DES PAPIERS CARTONS ET CELLULOSES
DE LA TRANSFORMATION DES PAPIERS ET CARTONS ET DES
INDUSTRIES CONNEXES

PRÉVOYANCE

Contrat d'assurance collective

CONDITIONS GÉNÉRALES

référéncées CG-CCN PAPIERS CARTONS - PREV-03.2016

MAJ du 01/01/2019

Ensemble du personnel



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIMES CONVENTIONNEL ET OPTIONNEL DE PRÉVOYANCE

Convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la production des papiers, cartons et celluloses du 20 janvier 1988,
Convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 16 février 1988,
Convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la production des papiers, cartons, et celluloses du 4 décembre 1972, Convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 21 décembre 1972

Le contrat formé des présentes Conditions générales ainsi que du contrat d'adhésion est souscrit par l'entreprise adhérente auprès de :

Humanis Prévoyance- Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale
Siège social: 29 Boulevard Edgar Quinet – 75014 PARIS

Ci-après dénommée l'Institution.

Et pour la garantie rente éducation, **l'Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance (OCIRP)- Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,**
Siège social: - -17 Rue de Marignan – 75008 PARIS
Pour le compte de laquelle **-Humanis Prévoyance** agit en qualité de gestionnaire.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Par accord collectif en date du 25/02/2013 les partenaires sociaux ont défini un régime minimal de prévoyance. Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

Peuvent adhérer au régime : les entreprises relevant de:

- La Convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la production des papiers, cartons et celluloses du 20 janvier 1988,
- La Convention collective nationale des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 16 février 1988,
- La Convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la production des papiers, cartons, et celluloses du 4 décembre 1972,
- La Convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 21 décembre 1972

Ces entreprises sont, ci-après désignées sous le terme « Adhérent ».

Le régime a pour objet de couvrir l'ensemble des salariés de l'Adhérent, quelle que soit leur catégorie professionnelle, contre les risques décès et arrêt de travail.

L'adhésion de ces salariés au contrat d'assurance collective est obligatoire. Les présentes Conditions Générales organisent également la mise en place d'un régime optionnel auquel l'entreprise peut adhérer, ayant pour objet de compléter le régime conventionnel dont les garanties et les dispositions applicables figurent en annexe.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Acquiert la qualité d'Adhérent toute Entreprise, relevant des Conventions collectives nationales définies à l'article 1er qui emploie un ou plusieurs salariés et qui adhère au régime.

L'adhésion est soumise à la signature, par le représentant légal de l'entreprise ou toute personne dûment mandatée par elle, d'un contrat d'adhésion retourné dûment rempli au siège social de l'Institution.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET- DURÉE- RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion est acquise à l'entreprise, à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné par l'Institution et retourné à l'entreprise et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

L'adhésion est souscrite à l'origine, pour la période comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année en cours; elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an sauf utilisation par l'une des parties de sa faculté de résiliation.

La partie contractante qui prend l'initiative de la résiliation ou du non renouvellement doit le signifier au siège de l'autre partie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'Adhérent peut également adresser un envoi recommandé électronique avec accusé de réception.

Les procédures de résiliation ou de non-renouvellement sont décrites comme suit:

- En cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent ou de l'Institution, la résiliation prend effet au 31 décembre à minuit de l'année en cours si sa demande est envoyée par lettre recommandée avec avis de réception à l'autre partie au moins 2 mois avant cette date, le cachet de la poste faisant foi. Si l'adhérent prend l'initiative de la résiliation il doit en informer préalablement les instances représentatives du personnel de son entreprise. L'Adhérent peut également effectuer sa demande de résiliation par l'envoi d'un recommandé électronique, la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique faisant foi.
- En cas de non-paiement des cotisations par l'adhérent la résiliation, prend effet après la procédure décrite à l'article 23 Défaut de paiement.

ARTICLE 4 - EFFETS DE LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION.

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties.

Les prestations en cours de versement sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Le participant indemnisé par l'Institution au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente au jour où l'adhésion de l'entreprise prend fin, conserve le droit aux garanties en cas de décès, sans contrepartie de cotisations, tant qu'il perçoit les prestations de l'Institution au titre de la garantie incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente.

ARTICLE 5 - REVALORISATION DES PRESTATIONS APRÈS RÉSILIATION OU NON-RENOUVELLEMENT

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations cessent d'être revalorisées par l'Institution et sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation.

ARTICLE 6 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

L'Institution peut prendre en charge :

- Les sinistres en cours à la date d'adhésion et non indemnisés par un autre assureur
- ou la revalorisation des prestations "décès-arrêt de travail" en cours de service par un autre organisme assureur à la date d'effet de l'adhésion.

La prise en charge de ces "en-cours" par l'Institution est conditionnée à l'acceptation contractuelle de cette dernière.

Dans ce cas l'institution calculera la prime additionnelle, due par l'adhérent nécessaire à la constitution des provisions correspondantes. Cette cotisation sera à la charge unique de l'adhérent.

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès et des rentes d'incapacité, d'invalidité et d'éducation est égale à celle prévue à l'article 19 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent s'engage à remettre aux participants un exemplaire de la notice d'information établie par l'Institution qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application.

L'adhérent s'engage également fournir le document de suivi du régime qui lui sera envoyé annuellement.

L'adhérent doit adresser à l'Institution sur support papier ou dématérialisé via la déclaration sociale nominative (DSN), les pièces suivantes :

1. A la souscription

Un justificatif de son appartenance à la convention collective de la production des papiers cartons et celluloses ou à celle de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes

Un état nominatif du personnel à assurer indiquant notamment pour chaque intéressé :

- a) son n° Sécurité sociale
- b) ses nom et prénoms
- c) son sexe
- d) sa date de naissance
- e) sa date d'embauche
- f) sa situation de famille
- g) sa catégorie socioprofessionnelle (cadre ou non cadre).

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en mi-temps thérapeutique, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu.

2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux participants: les pièces prévues au 1. avec indication de la date d'engagement;
- sortie des participants: un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance;
- personnes en congé parental ou sans solde,
- le salaire servant au calcul des cotisations et tel que mentionné par le biais de la DSN.

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

3. A chaque renouvellement de l'adhésion.

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. 1. ci-dessus).

L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

ARTICLE 8 - MODALITÉS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS ASSURÉS

Sont immédiatement admis dans l'assurance, les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'Adhérent qui remplissent les conditions prévues par les Conventions Collectives pour bénéficier des prestations.

Les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion doivent être déclarés à l'Institution.

Pour les salariés engagés postérieurement, leur adhésion prend effet à la date de leur engagement et ils doivent être déclarés à l'Institution dans les trois mois suivants et avoir effectivement pris leurs fonctions. Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par l'Institution de la déclaration de l'adhérent.

Par leur affiliation les salariés acquièrent la qualité de participant de l'Institution.

ARTICLE 9.-SUSPENSION DE LA GARANTIE

Les garanties prévues par le régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail du participant.

Toutefois, les garanties sont maintenues au participant moyennant paiement des cotisations :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'adhérent ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'adhérent;

- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Dès lors que le participant dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'Institution. Si le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Pour les éventuelles absences non indemnisées, l'adhérent informera le participant par écrit lors de la notification d'autorisation d'absence, des éventuelles possibilités dont il dispose pour continuer à bénéficier des garanties de prévoyance couvrant le risque décès.

ARTICLE 10 - TERME DES GARANTIES

Les garanties prévues au régime cessent :

- soit à la date à laquelle le participant n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise adhérente (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.); sous réserve du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits;
- soit à la date d'effet de la radiation de l'adhésion de l'entreprise;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'accord conventionnel de prévoyance.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 4 des présentes conditions générales.

ARTICLE 11 - PORTABILITÉ DES DROITS

A défaut d'avenant à l'accord collectif modifiant l'article 5.6 dudit accord, et sur demande expresse des partenaires sociaux, il est précisé au sein des présentes Conditions Générales l'application des dispositions légales de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale reproduit ci-après :

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

« 1° 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 du 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 le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° 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 ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

DÉCÈS- INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

ARTICLE 12 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1. Choix entre le capital décès et le capital minoré et la rente d'éducation. Le régime prévoit une garantie alternative capital décès ou capital minoré-rente d'éducation.

Le choix entre le capital décès (2.) et le capital minoré et la rente d'éducation (4.) est effectué par le ou les bénéficiaires de la prestation au moment du décès. En cas de pluralité de bénéficiaires ceux-ci doivent communiquer 1 choix commun à l'Institution. En cas de désaccord entre eux c'est la prestation capital décès (2.) qui est versée.

2. Décès, Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas de décès du participant ou d'Invalidité Absolue et Définitive de celui-ci il est versé aux bénéficiaires tels que définis ci-après un capital égal à:

- **100%** du salaire de référence défini à l'article 18.

Ce capital est majoré si le participant avait des enfants à charge tels que définis à l'article 31 des présentes Conditions Générales le jour de son décès, Le montant de cette majoration est de 20% par enfant à charge.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'IAD met fin à la garantie Décès.

Bénéficiaire de la prestation :

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive, le bénéficiaire des capitaux est le participant.

En cas de décès, les bénéficiaires des capitaux dus par l'Institution 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. En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint non séparé de corps judiciairement ou à la personne liée par le pacte civil de solidarité (PACS) ou au concubin;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants du participant, reconnus ou adoptés ;
- à défaut aux descendants du participant;
- à défaut aux ascendants directs du participant, aux pères et mères survivants;
- à défaut aux autres héritiers.

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'IAD, du contrôle médical prévu à l'article 26.

3. Double effet

Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié ou concubin non marié ou de la personne liée par le Pacte civil de solidarité, et alors qu'il reste des enfants à charge du participant, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes.

L'Invalidité absolue et définitive est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation "Double effet".

4. Capital décès minoré et rente éducation

En cas de décès du participant quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité absolue et définitive de celui-ci, le bénéficiaire de la prestation peut opter, en lieu et place de l'attribution du capital prévu au 1 ci-dessus, pour le versement d'un capital décès réduit d'un montant de :

- 75% du salaire de référence défini à l'article 18.

Ce capital ne fait l'objet d'aucune majoration pour enfant à charge. Il est par contre accompagné du versement d'une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge, dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 10^e anniversaire: **5%** du salaire de référence limité à la Tranche A.
- du 10^e au 17^e anniversaire: **10%** du salaire de référence limité à la Tranche A.
- du 17^e au 26^e anniversaire: **15 %** du salaire de référence limité à la Tranche A.

La rente est doublée pour les orphelins de père et mère.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie.

Le versement débute le premier jour du mois civil suivant le décès ou la reconnaissance de l'état d'IAD. Si la demande est présentée plus d'un an après le décès ou l'IAD l'indemnisation débute le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme d'avance.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 17^{ème} anniversaire et, au plus tard, son 26^{ème} anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est inscrit auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou effectue un stage préalablement dans l'un ou l'autre cas, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La rente est versée sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale avant le 26^{ème} anniversaire de l'enfant, le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle justifié par un avis médical et tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou demeure titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion.

La garantie rente éducation est assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (l'OCIRP), Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège est situé 17 rue de Marignan 75008 Paris qui a confié la gestion de ses garanties à Humanis Prévoyance.

L'OCIRP est seul porteur de la présente garantie et est seul responsable de la bonne fin des prestations.

5. Frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 31 des présentes Conditions générales, est versé un capital ayant pour but d'indemniser forfaitairement le bénéficiaire des conséquences du décès. Ce capital est équivalent à 100 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Ce versement est limité aux frais réels pour les enfants mineurs âgés de moins de douze ans.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

ARTICLE 13 --OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les participants, qui se trouvent momentanément dans l'incapacité totale médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident.

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, pris en compte par la Sécurité sociale, l'Institution verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies en relais des obligations de maintien de salaire de l'adhérent:

Toute catégorie professionnelle	Ancienneté du participant dans l'entreprise adhérente	Franchise discontinuée
Maladie Accident de travail Accident de trajet	1 à 5 ans	75 jours
	5 à 10 ans	90 jours
	10 à 15 ans	105 jours
	15 à 20 ans	120 jours
	20 à 25 ans	150 jours
	25 à 30 ans	180 jours
	> 30 ans	195 jours

La franchise discontinuée est appréciée au 1^{er} jour d'arrêt de travail en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des 12 derniers mois.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail entrant dans le cadre de l'appréciation du crédit d'indemnisation défini ci-dessus, fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt.

2. Montant de la prestation

70% du salaire de référence défini à l'article 18 y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total perçu par le participant (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail,
- à la liquidation de sa pension de retraite, au jour de son décès,
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle,
- et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de l'Institution sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir. L'Adhérent est dispensé de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'Institution

Les indemnités journalières sont versées par l'Institution directement à l'adhérent, sauf en cas de rupture du contrat de travail où elles sont versées directement au participant au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale. Dans ce cas l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont elle a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

INVALIDITÉ -INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

ARTICLE 15 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas d'Invalidité ou d'une Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33% du participant cadre ou non cadre, l'Institution verse une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale est défini comme suit:

1. En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie Sécurité sociale (ou IPP d'un taux compris 33% et 66 %) :
 - **42 %** du salaire de référence défini à l'article 18, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale.
2. En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Sécurité sociale (ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 %) :
 - **70 %** du salaire de référence défini à l'article 18 y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le total perçu par le salarié (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

ARTICLE 16 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de l'Institution et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les rentes sont versées par l'Institution au participant à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale. L'Institution verse lesdites rentes après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont elle a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

ARTICLE 17 - MODE DE CALCUL

1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après:

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond,

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

2. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire fixe brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée définie au paragraphe 1 ci-dessus, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Pour la rente éducation, les prestations sont limitées à la tranche A.

Concernant les garanties indemnitaires, en aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement ne peut conduire le salarié à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut - charges sociales légales et conventionnelles, et prélèvements sociaux).

ARTICLE 18 – REVALORISATION

Les prestations sont revalorisées de la façon suivante:

- les prestations incapacité de travail, invalidité incapacité permanente professionnelle sont revalorisées selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO . Pour la prestation rente éducation les coefficients et la périodicité des revalorisations à appliquer aux prestations en cours de service sont fixés par le conseil d'administration de l'Union-Ocirp. En cas de résiliation, l'Ocirp assure le paiement des rentes en cours de service et les revalorisations futures sans surcoût, tout en conservant les provisions afférentes.

ARTICLE 19 - REVALORISATION POST MORTEM

A compter de la date du décès du participant, le capital forfaitaire, la rente et l'allocation frais d'obsèques versés par l'Institution sont revalorisés jusqu'à 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 capital et/ou l'allocation, les arrérages de rente dus non versés par l'Institution en euros produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente¹;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

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

Par exception à ce qui précède, les dispositions suivantes s'appliquent à la rente assurée par l'OCIRP², selon les garanties du contrat.

A compter de la date du décès du participant et jusqu'à la date de réception par l'Institution, en sa qualité de gestionnaire, des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès au (x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou pour l'allocation obsèques à la personne ayant exposé les frais d'obsèques. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

ARTICLE 20 - COTISATION DUE

La cotisation est déterminée en appliquant le taux de cotisation à la base des cotisations.

Elle est définie en annexe du contrat d'adhésion.

La cotisation annuelle est payable par l'adhérent trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

ARTICLE 21 - EXONÉRATION OU PAIEMENT

Dès lors que le participant dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'Institution. Si le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

ARTICLE 22 - DÉFAUT DE PAIEMENT

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours suivant sa date d'exigibilité et indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent et de poursuivre en justice l'exécution du contrat la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse en recommandé avec avis de réception à l'adhérent, l'Institution informe celle-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Institution a le droit de dénoncer l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

¹ Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France

²OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 PARIS.

L'adhésion non dénoncée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La pénalité de retard est égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2 % de la cotisation totale.

Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 23 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'Institution sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 24 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court:

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- 2) 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.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'Institution à l'Adhérent.
- en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par le Participant ou l'ayant droit à l'Institution.

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

ARTICLE 25- EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties dans le cadre du régime, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- **d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;**
- **de la désintégration du noyau atomique;**
- **d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques;**
- **les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à**

l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant;

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire du participant est déchu de tout droit au capital décès. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au régime, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices

ARTICLE 26- CONTRÔLE ET EXPERTISE MÉDICALE

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 du contrat 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.

ARTICLE 27 - FAUSSE DÉCLARATION

La garantie accordée au participant par l'Institution est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 28 - SUBROGATION

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité-Incapacité Permanente, l'Institution est subrogée de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 29 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le contrôle de l'Institution est effectué par l'Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 mentionnée à l'article L951-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 30 - DÉFINITIONS

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Invalidité et Incapacité Permanente

1. Invalidité

Par invalidité il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale (*).

2. Incapacité égale ou supérieure à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66% qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état du participant nécessite l'assistance d'une tierce personne.

3. Incapacité entre 33 % et moins de 66 %

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux compris entre 33% et moins de 66 % résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

(*) Art. L 341-4 du Code de la Sécurité sociale. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1" *Invalides capables d'exercer une activité rémunérée:*

2" *Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque*

3" *Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.*

Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Il faut entendre par Invalidité Absolue et Définitive, l'invalidité 3^{ème} catégorie définie à l'article L 341 - 4 du Code de la Sécurité sociale:

"Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie."

L'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'Invalidité Absolue et Définitive pour l'application des garanties décès et rentes éducation.

Accident et accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux. Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant ou ceux de son conjoint ou concubin, qu'ils soient légitimes, adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit du participant et sont à la date du décès :

- âgés de moins de 17 ans sans condition,
- âgés de 17 à 21 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du participant quelle que soit leur activité et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du Smic,
- âgés de 21 à 25 ans s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du participant et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du Smic,
- atteints d'un handicap fiscalement à charge du participant et titulaire d'une carte d'invalidité ou de mobilité inclusion et reconnus invalides avant leur 26^{ème} anniversaire,
- nés dans les 300 jours postérieurement au décès du participant et dont l'affiliation avec celui-ci est établie.

Conjoint, partenaire de Pacs et concubin

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé par un jugement définitif.

On entend par partenaire la personne liée au participant par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union,
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune,.

ARTICLE 31 - RECLAMATIONS-MEDIATION

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

HUMANIS Prévoyance
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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

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

ARTICLE 32 - 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 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 de données 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. L'Institution peut lui demander de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Pour en savoir plus, le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis peut être consulté 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.

ARTICLE 33- 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 ci-dessus, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

ANNEXE RÉGIME OPTIONNEL

ARTICLE A: OBJET DE L'ANNEXE.

La présente annexe a pour objet de compléter le régime de prévoyance prévu par l'accord lorsque l'adhérent a souscrit auprès de l'Institution en faveur de l'ensemble de son personnel ou de son personnel cadre au sens des articles 4 & 4 bis de la CCN de 1947 ou de son personnel non cadre, c'est à dire ne relevant pas des articles 4 & 4 bis de la CCN de 1947, des garanties « décès » en complément de celles prévues par le régime conventionnel et/ou pour ses salariés cadres une garantie complémentaire « arrêt de travail ».

L'adhérent choisit la catégorie de personnel couverte et la couverture optionnelle sur le bulletin d'adhésion. Le montant des prestations complémentaires est mentionné dans les tableaux ci-dessous.

Sauf dispositions particulières stipulées dans cette annexe, ces garanties décès et/ou arrêt de travail complémentaires sont régies par les dispositions, des présentes Conditions Générales et du contrat d'adhésion.

ARTICLE B: FORMALITÉS D'ADHÉSION.

L'accomplissement des formalités suivantes conditionne l'octroi des garanties optionnelles par l'Institution. Toute carence de la part de l'adhérent ou d'un participant entraîne l'absence de couverture.

- A la demande d'adhésion :

L'accord de l'Institution pour assurer le groupe (ou l'individu en cas de couverture individuelle) est soumis à la production d'un questionnaire médical qui doit être rempli par:

- Chacun des salariés si l'effectif du groupe assuré dans le cadre du régime optionnel est inférieur à 6.
- Chaque salarié en arrêt de travail ou reconnu invalide par la Sécurité sociale si l'effectif du groupe assuré dans le cadre du régime optionnel est inférieur à 21.

Le Médecin conseil de l'Institution pourra demander toute information médicale ou tout examen médical complémentaire. Les frais de ces examens seront réglés par l'Institution s'ils ne font pas l'objet d'un remboursement par les régimes d'assurance maladie de base ou complémentaire de la personne concernée.

Suivant les conclusions de son médecin conseil, l'Institution pourra:

- Accepter d'assurer le groupe en adaptant si nécessaire les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les participants.
- Refuser d'assurer le groupe au titre des garanties optionnelles.

- En cours d'adhésion :

Tout nouveau salarié entrant dans le groupe assuré est également soumis à ces formalités médicales :

- Lorsque l'effectif du groupe assuré dans le cadre du régime optionnel reste inférieur à 6.
- Lorsque l'effectif du groupe assuré dans le cadre du régime optionnel reste inférieur à 21, lorsque le salarié est en arrêt de travail ou reconnu invalide par la Sécurité sociale à la date d'embauche.

Après examen du dossier du nouvel entrant, l'Institution peut:

- Continuer d'assurer le groupe aux conditions en vigueur,
- Continuer d'assurer le groupe en adaptant les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les membres participants. Dans ce cas, si l'adhérent refuse la proposition de modification ou n'y donne pas suite dans les 15 jours, l'Institution peut résilier l'adhésion à son échéance annuelle.

ARTICLE C: GARANTIE DÉCÈS SUPPLÉMENTAIRES:

Les garanties complémentaires souscrites par l'entreprise adhérente s'ajoutent à celles prévues par le régime conventionnel, décrites à l'article 12 des Conditions Générales au régime de prévoyance. Elles obéissent aux mêmes règles de fonctionnement.

Cependant par dérogation à l'article 18-2 des Conditions Générales, le salaire de référence servant de base aux prestations de la garantie rente éducation est étendu à la Tranche B de la rémunération.

Dans le descriptif des garanties ci-dessous, le montant des prestations intègre celui des garanties du régime conventionnel.

MONTANT DES GARANTIES OPTIONNELLES:

➤ Pour les salariés cadres :

	Prestations exprimées en % du salaire de référence (Cf. art 17) y compris les garanties du régime conventionnel	
	Régime capital	Régime capital minoré + rente éducation
Salarié célibataire, veuf, divorcé	350 %	225 %
Salarié marié, en concubinage ou pacsé	400 %	375 %
Majoration par enfant à charge	70 %	
Rente éducation OCIRP		
Jusqu'au 10 ^{ème} anniversaire	Néant	5 % SR* TA et TB
Du 11 ^{ème} au 17 ^{ème} anniversaire	Néant	10 % SR* TA et TB
Du 17 ^{ème} au 26 ^{ème} anniversaire	Néant	15 % SR* TA et TB

➤ Pour les salariés non cadres :

	Prestations exprimées en % du salaire de référence (Cf. art 17) y compris les garanties du régime conventionnel	
	Régime capital	Régime capital minoré + rente éducation
Salarié célibataire, veuf, divorcé	200 %	175 %
Salarié marié, en concubinage ou pacsé	250 %	225 %
Majoration par enfant à charge	70 %	
Rente éducation OCIRP		
Jusqu'au 10 ^{ème} anniversaire	Néant	5 % SR* TA et TB
Du 11 ^{ème} au 17 ^{ème} anniversaire	Néant	10 % SR* TA et TB
Du 17 ^{ème} au 26 ^{ème} anniversaire	Néant	15 % SR* TA et TB

➤ Pour l'ensemble du personnel :

	Prestations exprimées en % du salaire de référence (Cf. art 17) y compris les garanties du régime conventionnel	
	Régime capital	Régime capital minoré + rente éducation
Salarié célibataire, veuf, divorcé	350 %	225 %
Salarié marié, en concubinage ou pacsé	400 %	375 %
Majoration par enfant à charge	70 %	
Rente éducation OCIRP		
Jusqu'au 10 ^{ème} anniversaire	Néant	5 % SR* TA et TB
Du 11 ^{ème} au 17 ^{ème} anniversaire	Néant	10 % SR* TA et TB
Du 17 ^{ème} au 26 ^{ème} anniversaire	Néant	15 % SR* TA et TB

* SR = salaire de référence

ARTICLE D: GARANTIES COMPLÉMENTAIRES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ

L'entreprise adhérente peut souscrire la présente garantie complémentaire pour ses salariés cadres.

Montant de la prestation incapacité temporaire y compris la prestation conventionnelle (article 13.2 des Conditions Générales) :

90% du salaire de référence défini à l'article 18 y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total perçu par le participant (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Montant de la prestation invalidité y compris la prestation conventionnelle (article 15 des Conditions Générales) :

En cas d'Invalidité ou d'une Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % du participant cadre, l'Institution verse une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale est défini comme suit:

1. En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie Sécurité sociale (ou IPP d'un taux compris 33% et 66 %) :
 - 54 % du salaire de référence défini à l'article 18 y compris les prestations brutes de CSG et CRDS de la Sécurité sociale.
2. En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Sécurité sociale (ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 %) :
 - 90 % du salaire de référence défini à l'article 18 y compris les prestations brutes de CSG et CRDS de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le total perçu par le salarié (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

ARTICLE E: COTISATION

Les cotisations au régime optionnel sont exprimées en pourcentage de l'assiette définie à l'article 18 des Conditions Générales. Elles viennent majorer les cotisations effectivement appelées au titre du régime de prévoyance conventionnel.

Le montant des cotisations est inscrit sur le contrat d'adhésion de l'entreprise. Ces cotisations sont appelées et recouvrées dans les mêmes conditions que celles du régime conventionnel.

ARTICLE F: EXCLUSIONS:

Les exclusions prévues à l'article 25 des Conditions Générales s'appliquent également aux garanties optionnelles.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

L'Institution se réserve le droit de réclamer tout autre pièce nécessaire aux paiements des prestations

DOCUMENTS A FOURNIR	Incapacité Temporaire de Travail/ Maintien de salaire	Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle	Décès	Rente Education
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	X			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X			
Photocopie des 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt	X			
Demande de rente, signée de l'entreprise		X		X
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		X	X	
Demande de capital Décès signée de l'entreprise			X	
Acte de décès (bulletin de décès)			X	X
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			X	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			X	X
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			X	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant du participant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			X	
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié, et le cas échéant, du concubin ou partenaire			X	X
En présence d'enfants ou de personnes à charge, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage...			X	X
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité civile ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				X
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone...)			X	
S'il y a lieu une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal de grande instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			X	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^{ème} catégorie (ou IPP = 100 %)			X	X
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires	X	X	X	X
Attestation d'inscription au Pôle Emploi			X	X
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			X	X



malakoff médéric
humanis

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 : 21, rue Laffitte 75009 Paris.



OCIRP - Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Siège social : 17, rue de Marignan – 75008 Paris.



JUR2270-03 MMH06-19