

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
SPORT

PRÉVOYANCE

Contrat d'assurance collective

NOTICE D'INFORMATION
RÉFÉRENCÉE NI/HP/PREV CCN SPORT NC 06.16

Personnel non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947)



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

OCIRP
protéger. agir. soutenir



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

PRÉAMBULE.....	6
GARANTIES DÉCÈS	6
▶ Invalidité absolue et définitive.....	6
▶ Capital décès	7
▶ Double effet conjoint	7
▶ Rente éducation (assurée OCIRP)	7
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL.....	8
▶ Maintien de salaire du Participant non indemnisé par la Sécurité sociale.....	8
▶ Incapacité temporaire de travail.....	8
▶ Invalidité - Incapacité permanente professionnelle	9
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	10
▶ Entrée en vigueur des garanties - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	10
▶ Maintien des garanties et des prestations.....	10
▶ Révision des cotisations et/ou des garanties	11
▶ Salaire de référence	12
▶ Revalorisation	12
▶ Résiliation du contrat	12
▶ Définition des personnes à charge	13
▶ Risque exclus.....	13
▶ Recours - Prescription	14
▶ Réclamations - Médiation	14
▶ Contrôle de l'Institution.....	14
▶ Dispositions diverses	14
VERSEMENT DES PRESTATIONS	15
▶ Déclaration des sinistres	15
▶ Obligations du Participant	16
▶ Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle.....	16
▶ Contrôles médicaux.....	17
▶ Versement des prestations décès	17
LES ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE.....	17
ANNEXE I.....	18
▶ Tableau des garanties décès	18
▶ Tableau des garanties arrêt de travail.....	19

PRÉAMBULE

Par accord du 7 juillet 2005, les partenaires sociaux de la convention collective nationale du Sport (dénommée ci-après « la convention collective ») ont instauré un régime de prévoyance complémentaire obligatoire au profit des salariés non cadres (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 Mars 1947), des entreprises ou associations entrant dans le champ d'application de la convention collective Nationale du Sport.

Le régime conventionnel de prévoyance obligatoire, modifié en dernier lieu par l'avenant n°111 du 30 juin 2016, prévoit la couverture des risques suivants :

- ❖ arrêts de travail (y compris le maintien de salaire des salariés non indemnisés par la Sécurité sociale)
- ❖ décès/invalidité absolue et définitive, double effet conjoint et rente éducation.

Votre Employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » a souscrit un contrat d'assurance pour couvrir le régime de prévoyance prévu dans votre convention collective auprès des organismes assureurs suivants :

- ❖ **Humanis Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, dont le siège social est situé au 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, ci-après dénommée l'Institution, et
- ❖ **L'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de rente et de Prévoyance**, Union d'institutions de prévoyance régie par les dispositions du titre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan 75008 Paris.

Ci-après dénommées l'Institution.

Le contrat souscrit par votre employeur est co-assuré par :

- ❖ HUMANIS PREVOYANCE,
- ❖ AG2R REUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE,
- ❖ MUTEX, Société Anonyme régie par le Code des Assurances,
- ❖ L'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de rentes et de Prévoyance),

Humanis Prévoyance, AG2R Réunica Prévoyance et Mutex assurent la couverture des garanties capital décès/invalidité absolue et définitive, double effet conjoint, maintien de salaire (pour les salariés non indemnisés par la Sécurité sociale), incapacité, invalidité-incapacité permanente professionnelle.

L'OCIRP assure la couverture de la garantie « rente éducation », cette garantie est gérée par Humanis Prévoyance.

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.

Prise en charge des risques en cours

En application des lois n°89.1009 du 31 décembre 1989, n°94.678 du 08 août 1994 et n°2001-624 du 17 juillet 2001, les entreprises ou associations qui adhèrent au présent régime alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés « non cadres » sont en arrêt de travail à la date d'effet de leur adhésion, devront déclarer ces risques en cours auprès de l'organisme assureur au moment de l'adhésion, et ce, afin d'assurer selon le cas :

- ❖ soit l'indemnisation par l'organisme assureur dans les conditions fixées à la présente notice d'information des salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, d'accident d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle à la date d'effet de l'adhésion, si ces garanties ne sont pas couvertes par un précédent contrat d'assurance.
- ❖ soit la revalorisation des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d'invalidité et incapacité permanente professionnelle, rente éducation) en cours de service par un précédent assureur, si le maintien de ces revalorisations n'est pas déjà prévu par le précédent organisme assureur.

Dans ce cas l'organisme assureur calculera la prime additionnelle ou sur cotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes, due par l'entreprise ou association en contrepartie de la reprise des risques en cours par l'Institution.

GARANTIES DÉCÈS

► Invalidité absolue et définitive

Définition de la garantie

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

Est considéré comme atteint d'invalidité absolue et définitive, le Participant reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en

3^{ème} catégorie d'invalidité, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

Le versement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article capital décès.

Montant de la garantie

Le montant du capital de la garantie invalidité absolue et définitive figure en annexe I de la présente notice d'information.

Bénéficiaire de la garantie

Le capital est versé au Participant à compter de la consolidation de l'invalidité absolue et définitive.

► Capital décès

Définition de la garantie

En cas de décès du Participant, l'Institution verse aux bénéficiaires prévues ci-après un capital décès.

Montant de la garantie

Le montant du capital figure en annexe I de la présente notice d'information. Le montant du capital est indépendant du fait générateur du décès.

Bénéficiaires des garanties

Clause bénéficiaire contractuelle

Le capital décès est versé :

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

Désignation de bénéficiaire 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 seing 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.

► Double effet conjoint

La garantie double effet conjoint est complémentaire à la garantie « capital décès ».

En cas de décès du conjoint simultanément ou postérieurement à celui du Participant, l'Institution verse aux enfants à charge tels que définis à l'article « Définition des personnes à charge » de la présente notice d'information, ou à son représentant légal, un capital défini en annexe I de la présente notice d'information réparti par parts égales entre eux.

► Rente éducation (assurée OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de rente et de Prévoyance, dont Humanis Prévoyance est membre. L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des Participants, des bénéficiaires et des ayants droit.

Définition de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du Participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge du Participant une rente temporaire annuelle dont le montant est fixé en annexe I de la présente notice d'information.

Montant des prestations

Le montant de la rente figure en annexe I de la présente notice d'information. Le montant annuel de la rente est forfaitaire et dépendant de l'âge de l'enfant.

Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires de la rente éducation sont les enfants à charge du Participant tels que définis à l'article « Définition des personnes à charge ».

Versement de la prestation

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

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

Cessation de la prestation

Le versement de la rente éducation cesse au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition d'enfant à charge prévue à l'article « définition des personnes à charge » de la présente notice d'information.

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

► Maintien de salaire du Participant non indemnisé par la Sécurité sociale

Objet de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident ou à un congé maternité, l'Institution verse au Participant des indemnités journalières dès lors que celui-ci :

- ✳ ne remplit pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations de la Sécurité sociale,
- ✳ et justifiant d'une ancienneté d'un an (condition requise par la convention collective pour bénéficier du droit au maintien de salaire).

Montant de la garantie

Les points de départ de la prestation, sa durée et son montant figurent au tableau des garanties figurant en annexe I de la présente notice d'information.

Modalités de versement

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale à l'Institution sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par l'Institution à l'Adhérent. En cas de rupture du contrat de travail, elles seront versées directement au Participant, au fur et à mesure selon l'appréciation du médecin conseil de l'Institution ayant recueilli l'adhésion.

L'Institution est habilitée à demander au Participant toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

Cessation de la prestation

La prestation cesse d'être versée :

- ✳ dès la reprise du travail,
- ✳ après 87 jours d'indemnisation en cas de maladie ou d'accident de la vie privée,
- ✳ après 112 jours pour la maternité,
- ✳ à la liquidation de la pension vieillesse,
- ✳ au jour du décès du Participant.

Il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée d'indemnisation ne dépasse pas 87 jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

► Incapacité temporaire de travail

Définition et conditions de garantie

L'Institution verse en cas d'incapacité temporaire de travail du Participant, une prestation dénommée indemnité journalière, sous réserve

d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « versement des prestations ».

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au service de prestations par l'Institution, le Participant qui, suite à une maladie ou un accident :

- ✳ perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale :
 - ✳ soit au titre de l'assurance maladie,
 - ✳ soit au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles,
- ✳ et qui n'a fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par l'Adhérent suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail ou de lutte contre les déclarations tardives, l'Institution ne compensera pas la baisse des prestations.

L'état d'incapacité doit être constaté dans un certificat médical établi par le médecin du Participant et peut faire l'objet d'une éventuelle expertise médicale à la demande de l'Institution et/ou de l'Adhérent.

Pour les Participants dont les droits aux prestations de la Sécurité sociale ne sont pas ouverts, il pourra être versé des indemnités journalières dont le montant est déterminé sur la base des prestations de la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique.

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet :

- ✳ soit en relais des obligations maintien de salaire de l'Adhérent (telles qu'elles s'imposent à lui au titre de la convention collective ou par la loi), pour les Participants bénéficiant de ce maintien.
- ✳ au terme de la période de franchise prévue en annexe I de la présente notice d'information, pour les Participants ne bénéficiant pas d'un maintien de salaire prévu par leur employeur ou de droits ouverts aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Cessation du paiement des prestations incapacité temporaire de travail

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'incapacité temporaire de travail :

- ✳ dès que la Sécurité sociale cesse de verser ses indemnités journalières,
- ✳ ou dès que le Participant reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- ✳ au plus tard, au 1095^{ème} jour d'indemnisation,
- ✳ au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions prévues à l'article « contrôle médicaux »,
- ✳ à la veille de la date à laquelle le Participant est reconnu en état d'invalidité permanente,
- ✳ et au plus tard à la date de liquidation de la pension de vieillesse (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi retraite).

Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant en annexe I de la présente notice d'information, au salaire

de référence défini à la présente Notice, sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Lorsque l'Institution intervient en complément des garanties de maintien de salaire prévues dans la convention collective, il sera également déduit la fraction de salaire perçue par le Participant au titre de la Convention.

Règle de cumul

Les indemnités journalières versées par l'Institution viennent en complément :

- ❖ des prestations en espèces servies par la Sécurité sociale,
- ❖ du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel au salaire de référence défini à la présente Notice revalorisé s'il y a lieu en application de l'article « revalorisation ».
- ❖ de la fraction de salaire versée au Participant dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versée au titre de la convention collective,
- ❖ des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire.

Ces éléments sont retenus pour leur montant brut excepté en cas de versement direct par l'Institution au Participant. Dans ce dernier cas, le montant net sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la rémunération nette, à la date d'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article « revalorisation ».

Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution pourra être réduit en conséquence, si cette limite est dépassée. Pour application de cette règle de cumul, n'est pas prise en considération la pension de vieillesse du régime obligatoire, perçue par le Participant poursuivant par ailleurs une activité professionnelle salariée.

Versement des indemnités journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans la dernière partie de la présente notice d'information comportant notamment un certificat médical établi par le médecin du Participant à l'attention du médecin conseil de l'Institution sous pli confidentiel cacheté et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'Institution. 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 sont versées à l'Adhérent, ce paiement libérant l'Institution à l'égard du Participant. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement au Participant.

► Invalidité – Incapacité permanente professionnelle

Définitions et conditions de la rente

L'Institution verse en cas d'invalidité du Participant, une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « versement des prestations ».

Le Participant est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Institution, lorsque, suite à une maladie ou un accident

constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement. Le Participant doit en outre être reconnu par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil d'Humanis Prévoyance pour les salariés ne bénéficiant pas de droits ouverts auprès de la Sécurité sociale) en état d'invalidité, telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Le versement de la rente cesse :

- ❖ dès que le Participant reprend une activité professionnelle sans diminution de sa rémunération brute,
- ❖ dès que la Sécurité sociale cesse elle-même de verser une pension d'invalidité ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- ❖ au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « versement des prestations »,
- ❖ à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail.

Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant en annexe I de la présente notice d'information au salaire de référence, selon le classement par la Sécurité sociale du Participant en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie d'invalidité, sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale hors majoration tierce personne.

Cas Particuliers des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les prestations prévues pour la 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées aux Participants reconnus invalides par la Sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 66 %.

En deçà de 66 %, le versement de la rente est suspendu.

Règle de cumul

La rente versée par l'Institution vient en complément :

- ❖ des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale au titre de la rente d'invalidité hors majoration tierce personne. En cas de conversion de la rente d'invalidité Sécurité sociale en capital, l'Institution prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales,
- ❖ du salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel au salaire de référence défini à la présente notice d'information revalorisé s'il y a lieu en application de l'article « revalorisation », de la fraction de salaire perçue par le Participant dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur au titre de la convention collective,
- ❖ du montant des allocations d'assurance chômage dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée. En cas de radiation temporaire des listes du Pôle Emploi, l'Institution prendra en compte dans sa règle de calcul le montant de l'allocation d'assurance chômage perçue avant ladite radiation,
- ❖ des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire de prévoyance,
- ❖ s'il y a lieu, des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et par l'Institution au titre de la garantie incapacité temporaire de travail.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net excepté en cas de versement direct par l'Institution à l'Adhérent. Dans ce dernier cas, le montant brut sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la rémunération nette, à la date de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application de l'article « revalorisation ». Le montant de la rente versée par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Versement de la rente

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini dans la troisième partie de la présente notice d'information.

Sur demande du Participant, la rente peut être servie selon la même périodicité (à terme échue) que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, sur présentation périodique à l'Institution d'un justificatif attestant de la poursuite de la pension par la Sécurité sociale.

La rente est versée directement au Participant.

Néanmoins, l'Adhérent doit préciser à l'Institution le destinataire du paiement de la rente lorsque le Participant invalide reste inscrit dans les effectifs de l'Adhérent. Dans ce cas, le paiement effectué à l'Adhérent libère l'Institution à l'égard du Participant.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

► Entrée en vigueur des garanties – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Prise d'effet et cessation des 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.

Les garanties cessent en tout état de cause et sous réserve de l'application de l'article « maintien des garanties et des prestations » :

- ✦ soit à la date à laquelle le Participant n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.),
- ✦ soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires,
- ✦ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhérent,
- ✦ et, en tout état de cause, à la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

Disposition applicable en cas de suspension du contrat de travail

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

Le bénéfice des garanties est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- ✦ soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- ✦ soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

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

► Maintien des garanties et des prestations

Maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : 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 que le 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 (Déclaration Sociale Nominative), 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.**

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 15.1.4.

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.

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 Évin du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'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 d'information.

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 Bulletin 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 l'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 (exception faite de l'application de l'article « maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale), la couverture décès cesse d'être garantie par l'Institution.

► Révision des cotisations et/ou des garanties

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'une lettre avenant adressée à l'Adhérent par l'Institution.

Modifications du régime conventionnel

Toute modification qui pourrait résulter des décisions prises par les partenaires sociaux, formalisée par voie d'avenant à l'accord, s'applique de plein droit à la date d'effet prévue par ledit avenant. Elle sera opposable après information et remise à l'entreprise d'une lettre avenant et de la notice d'information modifiée.

Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

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

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

► Salaire de référence

Salaire de référence servant au calcul des prestations décès/invalidité absolue et définitive/double effet conjoint/rente éducation/maintien de salaire

Le salaire de référence servant au calcul des prestations de la garantie décès/invalidité absolue et définitive/double effet conjoint/rente éducation/ maintien de salaire est le salaire brut perçu au cours des 12 derniers mois précédant le décès ou l'invalidité absolue et définitive, ayant donné lieu à cotisation, limité à la tranche B (soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire annuel de référence est reconstitué sur la base du salaire brut du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation, limité à la tranche B (soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

Salaire de référence servant au calcul des prestations incapacité/invalidité-incapacité permanente professionnelle

Le salaire référence servant au calcul des prestations incapacité-invalidité-incapacité permanente professionnelle est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité pris en compte dans la limite de la tranche B (soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

On entend par salaire net, le salaire net imposable, déduction faite de la CSG/CRDS non déductible.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire net à payer est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

Toutefois lorsque la période de référence est inférieure à un mois, le salaire net à payer est complété jusqu'à concurrence de celui prévu au contrat de travail.

► Revalorisation

Revalorisation du salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des est revalorisé selon l'indice du point ARRCO/AGIRC avec les mêmes dates d'effet.

Les prestations servies par l'OCIRP sont revalorisées selon un coefficient et une périodicité fixés par l'OCIRP.

Revalorisation post-mortem

En cas de décès du Participant (ou de décès du conjoint assuré pour la seule garantie double effet conjoint), 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 à la présente notice d'information. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ils 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.

► Résiliation du contrat

Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du Code de Commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité.

Défaut de paiement des cotisations

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

Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou d'un Participant susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le Risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

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

Vis-à-vis de l'Adhérent

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

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

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

Vis-à-vis du Participant

La résiliation ou le non renouvellement de l'adhésion met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), les garanties décès, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en incapacité temporaire de travail ou en invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues aux articles « incapacité temporaire de travail » et « invalidité - incapacité permanente professionnelle ».

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence défini à l'article « revalorisation », 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.

► Définition des personnes à charge

Définition des enfants à charge - Double effet conjoint

Au titre de la garantie double effet conjoint, on entend par enfant à charge :

- ❖ l'enfant de moins de 21 ans à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale, du Participant ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin,
- ❖ l'enfant âgé de moins de 18 ans, non salarié, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- ❖ l'enfant âgé de moins de 21 ans, non salarié bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge au sens de l'administration fiscale du Participant.
- ❖ l'enfant de moins de 26 ans à charge du Participant ou de son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - ❖ l'enfant pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - ❖ l'enfant auquel le Participant sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- ❖ l'enfant handicapé si, avant son 21^{ème} anniversaire, il est titulaire de la carte d'invalidité civile et bénéficie de l'allocation des adultes handicapés,
- ❖ quel que soit son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, l'enfant infirme à charge du Participant ou de son conjoint n'étant pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- ❖ l'enfant du Participant né « viable », moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Définition des enfants à charge - Rente éducation

Au titre de la garantie rente éducation, sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale les enfants du Participant :

- ❖ jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition,
- ❖ jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, et sous condition soit de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, d'être en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ; de poursuivre une formation professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ; d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrits de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle, d'être employé dans un Centre d'Aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître, les enfants nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge, les enfants âgés de moins de 26 ans au moment du décès du Participant (ou de l'invalidité absolue et définitive) qui perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation prévue par la Loi du 30 juin 1975, sous réserve que leur invalidité ait été reconnue avant leur 26^{ème} anniversaire (justifiée par un avis médical et tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou demeure titulaire de la carte d'invalidité civile).

► Risque exclus

Ne sont pas pris en charge les risques résultant :

- ❖ du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- ❖ du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- ❖ du fait de guerres civiles et étrangères dès lors que l'assuré y prend une part active,
- ❖ du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- ❖ de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale,
- ❖ d'un acte volontaire effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

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.

► 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 ignorée jusque-là.

Lorsque 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 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 l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, c'est-à-dire :

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

► Réclamations - Médiation

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 Cambacères - 75008 Paris

<https://ctip.asso.fr/médiateur-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 Prudenciel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

► Dispositions diverses

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

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

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

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contactcnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

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

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

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.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

Les Participants, l'Adhèrent 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'Adhèrent (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	IAD	DOUBLE EFFET CONJOINT	RENTE ÉDUCATION	INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL MAINTIEN DE SALAIRE	INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	ORGANISME DÉLIVRANT LES PIÈCES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	•	•	•	•	•	•	Adhèrent
Attestation de l'Adhèrent 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)					•	•	Adhèrent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	•	•	•	•		•	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	•		•	•			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident					•	•	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	•	•	•	•			Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	•		•	•			Mairie

Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•		•	•				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	•	•		•	•	•		Adhérent
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	•	•			•	•		Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	•		•					Notaire / Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	•		•	•				TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		•				•		Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3ème catégorie		•						MDPH
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	•	•	•	•	•	•		Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	•	•	•	•				Mairie
RIB au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				•	•	•		Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	•		•					Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance, ...)	•		•					Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent					•	•		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.

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 Consignation. 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

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

À toute époque, les médecins missionnés par le service médical de l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès 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 le service médical de l'Institution.

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

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

notifiées au Participant par courrier recommandé.

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

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 le service médical de l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager.

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

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au Participant et à l'Institution 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 par son service médical des contre-visites médicales, à l'encontre d'un Participant, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l'Adhérent.

► Versement des prestations 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 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.

LES ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels des Activités sociales, 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.

À qui s'adresser

Humanis
Activités sociales

09 72 72 23 23

(du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, appel non surtaxé)

ANNEXE I

► Tableau des garanties décès

Contrat d'assurance collective régime de prévoyance CCN509000 - GNP156000

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence
Garanties en cas de décès	
Décès ou invalidité absolue et définitive En cas de décès du Participant ou d'invalidité absolue et définitive, versement d'un capital égal à :	150 %
Double effet conjoint En cas de décès du conjoint postérieur ou simultané au décès du Participant, versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital égal à :	100 % du capital décès toutes causes
Rente éducation En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) du Participant, il est versé une rente temporaire d'éducation OCIRP ⁽¹⁾ à chaque enfant à charge au moment du décès dont le montant, annuel, est égal à : <ul style="list-style-type: none"> ✎ jusqu'à 11 ans révolu ✎ du 12^{ème} anniversaire jusqu'à 15 ans révolu ✎ du 16^{ème} anniversaire jusqu'à 17 ans révolu ou 25 ans révolu* La rente est viagère pour les enfants reconnus invalides avant leur 26 ^{ème} anniversaire	5 % 7 % 10 %

*sous conditions : poursuite d'études ou événements assimilés.

(1) OCIRP - 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 Maignan - 75008 PARIS.

► Tableau des garanties arrêt de travail

Contrat d'assurance collective régime de prévoyance n° CCN509000 – GNP156000

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence
Garanties arrêt de travail	
Maintien de salaire (pour les salariés n'ayant pas de droits ouverts auprès de la Sécurité sociale) Montant des Indemnités journalières : Point de départ de la prestation ✦ en cas de maladie et d'accident de la vie privée : ✦ en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail : Durée de l'indemnisation : La durée d'indemnisation est la durée normale d'indemnisation prévue par la convention collective au titre du maintien de salaire	50 % dès le 4^{ème} jour d'arrêt de travail, après une franchise de 3 jours continus dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail
Incapacité temporaire de travail Montant des Indemnités journalières : Point de départ de la prestation ✦ en relai du maintien de salaire de l'employeur ou du maintien de salaire garanti au titre du contrat, ✦ à défaut à l'issue d'une franchise de 90 jours	100%
Invalidité ✦ 1 ^{ère} catégorie ⁽²⁾ : versement d'une rente égale à : ✦ 2 ^{ème} – 3 ^{ème} catégorie ⁽²⁾ : versement d'une rente égale à :	50 % 100 %
Incapacité permanente professionnelle (IPP) Taux d'incapacité ≥ 66 %, versement d'une rente égale à	100 %

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



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.



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



JUR2498-02 MMH02-19