

CCN des Mareyeurs-Expéditeurs

Notice d'Information prévoyance

Édition Juillet 2017

Garanties prévoyance

Référence : "NI/HP/PREV- CCN Mareyeurs 01.16"

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une Notice d'Information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance en application de la Convention Collective de notre profession.

À _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
PRÉAMBULE.....	5
▶ Prise en charge des risques en cours.....	5
GARANTIES DECES	7
▶ Invalidité Absolue et Définitive	7
▶ Capital Décès.....	7
▶ Double Effet Conjoint	7
▶ Prédécès.....	8
▶ Rente Education (assurée OCIRP)	8
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	9
▶ Incapacité Temporaire de Travail	9
▶ Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle	10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	12
▶ Entrée en vigueur des garanties – dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.	12
▶ Maintien des garanties et des prestations	13
▶ Révision des cotisations et/ou des garanties	14
▶ 14	
▶ Salaire de référence	14
▶ Revalorisation	15
▶ Résiliation du contrat.....	15
▶ Définition des personnes à charge.....	15
▶ Recours - Prescription	16
▶ Réclamations - Médiations	17
▶ Contrôle de l'Institution	17
▶ Dispositions diverses	17
VERSEMENT DES PRESTATIONS	19
▶ Déclaration des sinistres	19
▶ Obligations du Participant	20
▶ Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	21
▶ Versement des prestations décès	21
▶ Contrôles médicaux.....	21
▶ Prestations – Retenue à la source	22
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	23
ANNEXE 1	24

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Mareyeurs-Expéditeurs (dénommée ci-après "la Convention Collective") ont instauré un régime de prévoyance complémentaire obligatoire au profit des salariés de la branche.

Dans le cadre de l'avenant n°42 du 10 juin 2016, portant modification du régime de prévoyance complémentaire obligatoire, les Partenaires sociaux ont convenu de recommander comme organismes assureurs du régime :

- **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.

Il est souscrit par une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale des Mareyeurs-Expéditeurs, ci-après dénommée « l'Adhérent ».

Humanis Prévoyance est l'organisme assureur recommandé pour la couverture des garanties Incapacité, Invalidité et Capitaux Décès, L'OCIRP est l'organisme assureur recommandé pour la couverture de la garantie Rente Education.

Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie Rente Education assurée par l'OCIRP.

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 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, et de la

Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'Institution sont garantis à la prise d'effet de l'accord pour les prestations

suivantes :

Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective du régime de prévoyance

Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement le contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par l'Institution

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion, et titulaires d'une rente d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'une rente d'Invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution bénéficient au titre du contrat:

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans la présente Notice d'Information.

- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues dans la présente Notice d'Information ;

- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89- 1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de Rente Education au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à la présente Notice d'Information.

Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective obligatoire auprès d'un autre Organisme assureur

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion, et titulaires d'une rente d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'une rente d'Invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre Organisme assureur bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans la présente Notice d'Information,

- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les

conditions prévues à la présente Notice d'Information ;

- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de Rente Education au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à la présente Notice d'Information.

Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective sous l'ancien régime

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

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'Incapacité Temporaire à l'Invalidité,
- du passage de l'état d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'Invalidité.

GARANTIES DECES

► 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, l'Institution lui verse un capital.

L'Invalidité Absolue et Définitive s'entend comme :

- la situation d'Invalidité reconnue par la Sécurité sociale en 3ème catégorie (article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale) avec obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

Ou

- la situation d'Incapacité Permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale avec un taux égal à 100 % avec obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

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 est défini par application des taux figurant en annexe I de la présente Notice d'Information. Il est dépendant de la situation de famille du Participant.

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 un capital. Le montant du capital est dépendant du fait générateur du décès : en cas de décès du Participant consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, reconnu(e) par la Sécurité sociale, l'Institution verse au(x) Bénéficiaire(s) un capital supplémentaire dont le montant est fixé au tableau de garanties figurant en annexe I de la présente Notice d'Information.

La preuve directe entre l'accident du travail/maladie professionnelle et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au(x) bénéficiaire(s) du capital.

Bénéficiaires des garanties

Clause bénéficiaire contractuelle

En l'absence de désignation particulière par le Participant, ou en cas de précédents de l'ensemble des bénéficiaires désignés le capital est attribué, selon les garanties effectivement souscrites, suivant l'ordre de priorité ci-après :

- 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 Participant est lié par un Pacte Civil de solidarité.

- à défaut 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 nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,

- à défaut aux ascendants par parts égales entre eux,

- 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 signature privée ou par Acte authentique.

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

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

► Double Effet Conjoint

En cas de décès du conjoint simultanément ou postérieurement à celui du Participant, l'Institution verse aux Enfants à charge, ou à son représentant légal, un capital défini en annexe I de la présente Notice d'Information, réparti par parts égales entre eux.

► Prédécès

En cas de Prédécès du conjoint et/ou d'un Enfant à charge de plus de 12 ans, l'Institution verse au Participant un capital fixé en annexe I de la présente Notice d'Information.

► Rente Education (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 une rente temporaire annuelle dont le montant est fixé en annexe I de la présente Notice d'Information.

Point de départ de la prestation

Le point de départ de la prestation est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois qui suit la reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive. Le point de départ est fixé au 1er jour suivant la date de réception de la demande si celle-ci est

présentée plus d'un an après le décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive.

Versement de la prestation

La rente est versée par trimestre civil, à terme d'avance. **Elle cesse d'être servie à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint ses 18 ans (ou 25 ans en cas de poursuite d'études).**

La rente est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du Participant est reconnu en Invalidité équivalente à l'Invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion ». Cet état d'Invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la Rente Education.

Cessation de la prestation

Le versement de la Rente Education 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 « définitions des personnes à charge » de la présente Notice d'Information.

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

► 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 » de la présente Notice d'Information.

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.

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.
- soit au terme d'une période de franchise définie au tableau des garanties, pour les Participants ne bénéficiant pas du maintien de salaire de leur employeur.

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 Participants 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 l'article « salaire de référence » de la présente Notice d'Information, 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.

Participant en situation de temps partiel thérapeutique

Le Participant en situation de temps partiel thérapeutique sera indemnisé par l'Institution. L'Institution compensera le cas échéant, l'absence du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Il sera fait un calcul entre le salaire que reçoit le Participant en tant que travailleur actif et l'indemnité qu'il reçoit en tant que salarié en arrêt total d'activité pour raison de santé.

Le montant de l'indemnité totale reçu par le Participant en état de temps partiel thérapeutique sera calculé sur la base du prorata entre les deux montants ci-dessus calculés au prorata de son taux d'activité.

A titre d'exemple :

Si il reçoit 100 € en tant que salarié actif, si il reçoit 60 € en tant que salarié en arrêt total, si il retravaille à 75 % et qu'il reçoit à ce titre 75 € de salaire de son employeur et rien de la Sécurité sociale, l'Institution devra lui compléter son salaire de façon à ce qu'il reçoive 90 € (soit : $75 \% * 100 + 25 \% * 60$) soit dans le cas présent 15 €.

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 l'article « salaire de référence » 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 troisième 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 » de la présente Notice d'Information.

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 Participants 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 » de la présente Notice d'Information,**
- **à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'incapacité 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%.

Si le taux d'Incapacité fonctionnelle est compris entre 33 % et 66 %, le montant de la rente prévu pour la 2^{ème} catégorie d'invalides est affecté du coefficient minorant de $3n/2$ (n étant le taux

d'Incapacité fonctionnelle).

En deçà de 33 %, 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.
- 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 l'article « salaire de référence » 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 perçu 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 échu) 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

Pour les suspensions du contrat de travail à l'initiative du Participant (congrés parentaux, congés sans solde, congés sabbatiques, etc.), ainsi qu'en cas de mise à pied du Participant, les garanties en cas de décès pourront être maintenues au Participant concerné, à titre facultatif, à charge pour ce dernier d'assumer intégralement le montant total de la cotisation pendant la durée du maintien. La rémunération servant de base de cotisation sera alors la moyenne des douze derniers mois de salaire brut précédant la suspension du contrat de travail. Le Participant se chargera du paiement de la cotisation auprès de l'Institution.

L'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail ;
- d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit ; ainsi que de communiquer à l'Institution tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

Le Participant est tenu :

- de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au Participant, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son affiliation jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Institution peut résilier l'affiliation affiliation jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les

majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail non rémunérées, 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 de la présente disposition « garanties ».

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 Professionnelle est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits du Participant, l'Institution verse la prestation prévue en cas d'Invalidité ou d'Incapacité Permanente à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du Contrat d'Adhésion de l'Adhérent 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 : portabilité des droits »), la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution.

► Révision des cotisations et/ou des garanties

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

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

Le salaire de référence servant de calcul des prestations, est le salaire brut tranches A et B y compris les primes, perçu au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, le décès ou l'événement ayant donné lieu à l'Invalidité Absolue et Définitive.

En cas de survenance du décès ou de l'événement donnant lieu à l'Invalidité Absolue et Définitive au cours de la première année du contrat de travail, la rémunération brute telle que mentionnée ci-dessus et servant au calcul du salaire de référence sera reconstituée au « prorata temporis » sur la base de la moyenne des salaires bruts précédemment perçus.

En cas d'embauche récente le salaire est reconstitué sur une base annuelle.

La garantie Prédéces est calculée à partir du Plafond Mensuel de Sécurité sociale.

► Revalorisation

Revalorisation du salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO

La Rente Education (assurée par l'OCIRP) est revalorisée suivant 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.

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

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

► 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.

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 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 au chapitre « Garanties Arrêt de travail ».

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 du conjoint

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

- le conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
- le partenaire auquel le Participant est lié par un pacte civil de

solidarité,

- le concubin sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage soit notoire et permanente à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union, à défaut, qu'il doit être prouvé une période de deux ans de vie commune.

Définition des Enfants à charge (garantie Prédécès - Rente Education – Double Effet Conjoint)

Au titre des garanties Prédécès, Rente Education et Double Effet Conjoint, sont considérés à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité) du Participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et dans tous les cas si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du Participant, ses enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition :
 - De poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'enseignement à distance) ;
 - D'être en apprentissage ;
 - De poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion 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, inscrit auprès du régime d'assurance chômage comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle
 - d'être employé dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé.

► **Recours - Prescription**

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'Adhérent, 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 au souscripteur 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.

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

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 - Médiations

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

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

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

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

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai de deux mois.

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

Médiateur de la protection sociale
10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

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

► Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 9

► 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

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'organisme assureur, 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, les 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).

Le PARTICIPANT peut demander l'accès, la rectification ou l'effacement des données, et décider du sort de celles-ci, post-mortem. Le participant dispose également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de son identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, le participant peut consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et

à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, 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 des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

► Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, al 1 du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 2 % de la cotisation globale versée par les entreprises rentrant dans le champ d'application de la convention.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

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

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

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

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	IPA	Double Effet Conjoint	Rente Education	Incapacité Temporaire de Travail	Invalidité - IPP	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X	X	X	X	Adhérent
Attestation de l'Adhérent indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Participants ayant des employeurs multiples)					X	X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X		X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'Invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident					X	X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X			Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X		X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé			X				Mairie

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	IPA	Double Effet Conjoint	Rente Education	Incapacité Temporaire de Travail	Invalidité - IPP	Organisme délivrant les pièces
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Participant ou, en cas de décès, précisant que le Participant n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X	X	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	X	X			X	X	Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X		X				Notaire / Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'Invalidité		X				X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'Invalidité de 3 ^{ème} catégorie		X					Sécurité sociale
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	X	X	X	X			Mairie
RIB au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X				Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance, ...)	X		X				Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent					X	X	Adhérent

► Obligations du Participant

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

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

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

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

► Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

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

- au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail :

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

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

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

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

- au titre du risque décès :

- dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le Participant ;

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

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

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

auprès de cette dernière.

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

► 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 aux(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

► Contrôles médicaux

Le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'organisme assureur 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.

L'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, l'organisme assureur 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'organisme assureur, 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'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant et l'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur, l'entreprise souscriptrice du contrat donne mandat à l'organisme assureur 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.

► Prestations – Retenue à la source

1. Si les garanties souscrites ouvrent droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'organisme assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières et rentes d'invalidité lorsqu'elles sont versées à l'entreprise souscriptrice (contrat de travail du participant en vigueur).

2. Au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité éventuellement souscrites et en cas de versement direct de la prestation au participant lorsque le montant net des éléments est pris en compte selon les dispositions du contrat pour l'application de la règle de cumul, il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source. Il en est de même pour la rémunération nette éventuellement applicable.

ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

À qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

ANNEXE 1

► Tableau des garanties décès

Contrat d'assurance collective régime de prévoyance CCN014000/10 – CCN014000/20

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence
GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	
<p>Invalidité Absolue et Définitive En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant,</p> <ul style="list-style-type: none"> - si le Participant a un conjoint⁽³⁾, versement d'un capital égal à : - si le Participant est célibataire, versement d'un capital égal à : 	<p style="text-align: right;">100 %</p> <p style="text-align: right;">200 %</p>
<p>Capital Décès En cas de décès du Participant,</p> <ul style="list-style-type: none"> - non consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, versement d'un capital égal à : - consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, versement d'un capital égal à : 	<p style="text-align: right;">100 %</p> <p style="text-align: right;">200 %</p>
<p>Double effet En cas de décès du conjoint postérieur ou simultané au décès du Participant, versement aux Enfants à charge⁽³⁾, par parts égales entre eux, d'un capital égal à :</p>	<p style="text-align: right;">100 %</p>
<p>Prédécès En cas de prédécès du conjoint⁽³⁾ et/ou d'un Enfant à charge⁽³⁾, versement d'un capital égal à :</p>	<p style="text-align: right;">100 % PMSS⁽²⁾</p>
<p>Rente Éducation En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) du Participant, il est versé une Rente temporaire d'Education OCIRP⁽¹⁾ à chaque Enfant à charge⁽³⁾ au moment du décès dont le montant, annuel, est égal à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jusqu'à 11 ans révolu, - du 12^{ème} anniversaire jusqu'à 16 ans révolu, - du 17^{ème} anniversaire jusqu'à 18 ans révolu (ou 25 ans révolu en cas de poursuite d'études ou événements assimilés prévues au contrat) 	<p style="text-align: right;">5 % (minimum 1 000 €)</p> <p style="text-align: right;">10 % (minimum 1 000 €)</p> <p style="text-align: right;">15 % (minimum 1 000 €)</p>

(1) rente assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP) – 17 rue de Marignan 75008 Paris

(2) PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) 2017 : 3269 €

(3) selon la définition figurant au sein de la Notice d'Information

► **Tableau des garanties arrêt de travail**

Contrat d'assurance collective régime de prévoyance CCN014000/10 – CCN014000/20

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire du salaire de référence
GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	
<p>Incapacité Temporaire de Travail <i>Montant des Indemnités journalières :</i> <i>Point de départ de la prestation :</i> - pour les Participants bénéficiant du maintien de salaire de leur employeur : en relai de ce maintien de salaire, - pour les Participants ne bénéficiant pas du maintien de salaire de leur employeur : après une franchise de 30 jours continus,</p>	<p>70 %</p>
<p>Incapacité - 1ère catégorie : versement d'une rente égale à : - 2ème – 3ème catégorie : versement d'une rente égale à :</p>	<p>40 % 70 %</p>
<p>Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) En cas d'Incapacité Permanente Professionnelle avec un taux compris entre 33 % et 66 %, versement d'une rente égale à :</p>	<p>R x 3N/2⁽⁴⁾</p>

(4) R étant la rente d'Incapacité versée en cas d'Incapacité 2ème catégorie et n le taux d'Incapacité déterminé par la Sécurité sociale.

- 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.

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXÉ

Adresse :

Site internet :

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