



Notice d'information

(Référéncée NI-Accord Bouches-du-Rhône -PREV 01.16)

**ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 4 DÉCEMBRE 2015 INSTITUANT UN
RÉGIME DE PRÉVOYANCE POUR LES SALARIÉS AGRICOLES NON
AFFILIÉS A L'AGIRC DES BOUCHES-DU-RHÔNE**

VOTRE RÉGIME DE PREVOYANCE

**Salariés agricoles relevant du champ d'application de l'Accord
départemental du 4 décembre 2015, non affiliés à l'AGIRC et ayant au moins
six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise ou l'exploitation
agricole des Bouches-du-Rhône**

VOTRE REGIME PREVOYANCE

L'Accord départemental (ci-après dénommé l'« Accord ») signé le 4 décembre 2015, entre les différents partenaires sociaux a mis en place des garanties conventionnelles Prévoyance pour les salariés agricoles relevant du champ d'application de l'Accord précité, non affiliés à l'AGIRC ayant une ancienneté de six mois continue et révolue, y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère :

- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accoupage, d'aquaculture, de conchyliculture ;

- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;

- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ;

dont le siège social se situe dans le département des Bouches-du-Rhône.

Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Votre entreprise relevant de l'accord a adhéré au contrat de prévoyance à adhésion obligatoire assuré par HUMANIS PREVOYANCE (ci-après, dénommé l'Institution) afin de permettre aux salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC des Bouches-du-Rhône, de bénéficier de garanties Prévoyance.

Vous trouverez dans cette notice, la définition des garanties Frais de Santé ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur ou directement à votre interlocuteur au sein d'Humanis Prévoyance.

SOMMAIRE

VOS GARANTIES PREVOYANCE	5
TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....	6
ARTICLE 1 – PARTICIPANTS.....	6
TITRE II DEFINITION DES GARANTIES	7
CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES	7
ARTICLE 2 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT.....	7
ARTICLE 3 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	7
ARTICLE 4 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE (PTIA)	7
ARTICLE 5 – ALLOCATION OBSEQUES.....	8
ARTICLE 6 – BENEFICIAIRES.....	8
ARTICLE 7 – FORMALITES A ACCOMPLIR.....	8
CHAPITRE II GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	10
ARTICLE 8 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	10
ARTICLE 9 – INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTES.....	10
ARTICLE 10 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 8 et 9).....	11
ARTICLE 11 – CONTROLE DES DECLARATIONS ET CONTROLE MEDICAL.....	11
ARTICLE 12 – FORMALITES A ACCOMPLIR.....	13
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	14
ARTICLE 13 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	14
ARTICLE 14 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES.....	16
ARTICLE 15 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	16
ARTICLE 16 – PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 17 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES.....	16
ARTICLE 18 – BASE DES PRESTATIONS.....	16
ARTICLE 19 – REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	17
ARTICLE 20 – EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUELEMENT DE L’ADHESION.....	17
ARTICLE 21 – REPRISE DE PASSIF.....	18
ARTICLE 22 – RISQUES EXCLUS.....	18
ARTICLE 23- PRINCIPE DE SOLIDARITE.....	18
ARTICLE 24 – PRESCRIPTION	19
ARTICLE 25 – CLAUSE DE SUBROGATION.....	19
ARTICLE 26 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	19
ARTICLE 27 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES.....	20
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	21

DOCUMENT A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(é), _____

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

À _____ le _____
Signature

VOS GARANTIES PREVOYANCE

GARANTIES PREVOYANCE	
	MONTANT DES PRESTATIONS
CAPITAL DECES – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE TOUTES CAUSES	
Quelle que soit la situation de famille du participant	100 % TAB salaire annuel de référence
Majoration par enfant à charge supplémentaire	25 % TAB salaire annuel de référence
ALLOCATION OBSEQUES	
Décès du participant	100 % PMSS
INCAPACITE DE TRAVAIL (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)	
Franchise pour le participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue mais n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire	60 jours continus en cas d'accident de travail ou maladie professionnelle (sauf accident de trajet) 70 jours continus dans tous les autres cas
Franchise pour le participant ayant l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire	En relais de la fin des obligations de maintien de salaire par l'employeur
Indemnités journalières	17 % TAB salaire journalier de référence
INVALIDITE 2^{EME} – 3^{EME} CATEGORIE(en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net)	
Rente 1e catégorie	Néant
Rentes 2e et 3e catégories	10 % TAB du salaire mensuel de référence
INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (en complément des prestations brutes de la MSA et dans la limite du salaire net), N étant le taux d'incapacité	
Taux d'incapacité N < 30%	Néant
Taux d'incapacité N ≥ 30%	30% TAB du salaire mensuel de référence

TITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1 – PARTICIPANTS

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés, ayant au moins six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise ou l'exploitation, entrant dans la catégorie assurée sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion, ainsi que les salariés embauchés ultérieurement dès qu'ils entrent dans la catégorie assurée.

La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le Participant acquiert 6 mois d'ancienneté.

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

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution.

TITRE II

DEFINITION DES GARANTIES

CHAPITRE I GARANTIES EN CAS DE DECES

ARTICLE 2 – DEFINITION DES AYANTS DROIT DU PARTICIPANT

Est considéré comme ayant-droit du participant :

- le **conjoint** du participant c'est-à-dire la personne liée à ce dernier par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **cocontractant d'un PACS** (Pacte Civil de Solidarité) c'est-à-dire la personne ayant conclu avec le participant un PACS dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le **concubin** c'est-à-dire la personne vivant avec le participant en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation, sous réserve que les concubins ne soient par ailleurs ni mariés, ni liés par un PACS.

La preuve du concubinage se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement d'un justificatif de domicile commun.

La condition de durée de deux ans dans le cas précité est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né ou à naître de cette union.

- **les enfants à charge** du participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, s'ils sont :
 - ✓ âgés de moins de 21 ans et s'ils bénéficient du régime social du participant, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,
 - ✓ âgés de moins de 26 ans et s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits, à ce titre, au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
 - ✓ âgés de moins de 26 ans s'ils sont sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - ✓ atteints d'une infirmité, quel que soit leur âge, telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et s'ils perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les enfants handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'AAH mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme à charge,
 - ✓ nés « viables » moins de 300 jours après le décès du participant ;
- les **ascendants à charge** c'est-à-dire les personnes ascendantes du participant à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale.

ARTICLE 3 – CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

En cas de décès d'un participant, quelle qu'en soit la cause, qui remplit la condition d'ancienneté de six mois continue et révolue, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s), à ses ayants droit tels que définis à l'article 2 ci-avant ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès, un capital dont le montant est précisé au sein de la présente notice d'information.

Ce capital peut comporter une majoration par enfant à charge tel que défini à l'article 2.

ARTICLE 4 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA, il est versé, par anticipation, au participant les capitaux décès prévus à l'article 3 ci-avant.

Ce versement est effectué à condition que le participant en fasse la demande, indépendamment de la rente d'incapacité permanente ou d'invalidité qui lui est servie.

Le décès postérieur du participant n'ouvre plus droit au capital « décès toutes causes ».

Le participant est considéré en état de PTIA s'il est classé :

- soit en invalidité de 3^{ème} catégorie telle que définie à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au taux de 66.66 % lui interdisant toute activité rémunérée et avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

ARTICLE 5 – ALLOCATION OBSEQUES

En cas de décès du participant il est versé une allocation obsèques dont le montant est précisé au sein de la présente notice d'information.

Cette allocation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur justificatifs. Dans le cas où plusieurs personnes acquittent les frais liés aux obsèques : un délai d'un mois est prévu pour que les payeurs fassent parvenir les factures à l'Institution, ou que l'entreprise rassemble ces factures et les envoie à l'Institution. En fonction du montant total des frais engagés, l'Institution attribuera à chaque payeur, un pourcentage par rapport à ce total, pourcentage qui sera ensuite appliqué au forfait prévu. Les factures qui parviendraient à l'Institution après ce délai ne seront pas prises en compte, sauf bien sûr, si le forfait n'est pas épuisé.

ARTICLE 6 – BENEFICIAIRES

7.1 Désignation d'un ou de bénéficiaire(s) par le participant

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

Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé « désignation de bénéficiaires du capital décès » et en le retournant à cette dernière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le Participant peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès du Participant.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

6.2 Clause type de désignation de bénéficiaire

En l'absence de désignation expresse, en cas de prédécès de l'ensemble des bénéficiaires désignés ou lorsqu'il y a révocation de la désignation pour survenance d'enfant comme stipulé à l'article 960 du Code Civil, le capital est attribué, par parts égales, aux ayants droit du participant tels que définis à l'article 2 ou à défaut ses héritiers selon la législation ou la réglementation applicable à la date du décès.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire n'a pas la garde des enfants à charge du Participant ou n'en assure pas l'entretien si ceux-ci sont majeurs, le montant du capital décès versé à ce bénéficiaire ne comprend pas le montant de la majoration pour enfant à charge qui sera attribué, par parts égales, à ces derniers.

ARTICLE 7 – FORMALITES A ACCOMPLIR

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

Pour la garantie Décès Toutes Causes :

concernant le défunt :

- acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du défunt.
- S'il y a lieu, il peut être demandé un certificat médical post mortem (cause naturelle ou non) et/ou copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie ; ainsi que les photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation ;

Concernant les bénéficiaires :

- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires désignés ;

- Le cas échéant : acte de notoriété, attestation sur l'honneur de non séparation judiciaire ou de non divorce, et pour les enfants à charge, tous documents relatifs à la qualité du bénéficiaire et prouvant qu'il est à charge selon les termes de la définition donnée dans les présentes conditions générales (copies du livret de famille, du dernier avis d'imposition, certificat de scolarité ou d'apprentissage).

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Attestation indiquant la date initiale d'arrêt de travail ;
- Notification d'attribution de pension ou de rente d'incapacité ou d'invalidité émanant de la MSA au moment de l'ouverture des droits ;
- Justificatif de paiement de la rente de la MSA ;
- Photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou d'incapacité permanente d'un taux de 66.66%.
- Pour les enfants à charge : tout document prouvant qu'ils sont à charge selon les termes de la définition donnée dans les présentes conditions générales. (copies du livret de famille, du dernier avis d'imposition, certificat de scolarité ou d'apprentissage) ;
- RIB du bénéficiaire

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

CHAPITRE II GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 8 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

8.1 Définition et conditions de garantie

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale, le Participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité à la suite d'un accident ou d'une maladie, professionnel ou non, et qui bénéficie à ce titre du versement des indemnités journalières de la MSA, au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

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

Ses modalités sont décrites au sein de la présente notice d'information.

8.2 Prestations

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient à condition pour le Participant de justifier de six mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise :

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

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

Le versement des prestations complémentaires intervient en relais des obligations de mensualisation :

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les douze mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- ✓ dès le **1^{er} jour** d'arrêt de travail en cas d'accident de travail (hors accident de trajet) ou de maladie professionnelle ;
- ✓ à compter du **4^{ème} jour** d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Le salarié ayant six mois d'ancienneté continue et révolue ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales sur la mensualisation, bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du **61^{ème} jour** d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;

- à compter du **71^{ème} jour d'absence**, dans tous les autres cas.

8.3 Durée des prestations incapacité de travail

Les prestations sont versés aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la MSA.

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

- dès la fin du versement des indemnités journalières de la MSA ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la MSA ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 9 – INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTES

9.1 Définition et conditions de garantie

En cas d'incapacité permanente professionnelle avec un taux d'incapacité permanente au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale de 30% et plus, le Participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution, dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I aux présentes conditions générales.

Elle s'ajoute à celle versée par la MSA et son versement débute dès le versement de la pension d'invalidité ou d'incapacité permanente de la MSA.

En revanche, elle ne se cumule pas avec les indemnités journalières versées au titre de l'incapacité temporaire.

9.2 Durée des prestations invalidité

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité ou incapacité permanente par la MSA (date d'effet de la notification).

Les prestations liées à l'incapacité permanente professionnelle ou à l'invalidité sont calculées et réglées par l'Institution directement au bénéficiaire, sous un délai de 15 jours, à compter de la réception du dossier complet et des justificatifs nécessaires, en particulier de la notification de l'attribution d'une rente d'incapacité ou d'invalidité. Ces prestations sont réglées chaque mois.

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

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

- à la date de la liquidation de la pension vieillesse du participant ;
- à la date à laquelle le participant peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein ;
- au décès du participant

9.3 Garanties en cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie

En cas d'invalidité reconnue par la MSA de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, le Participant ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue et révolue dans l'entreprise bénéficie d'une rente qui lui est versée directement par l'Institution, dont le montant est précisé au sein de l'Annexe I aux présentes conditions générales.

Les prestations liées à l'incapacité permanente professionnelle ou à l'invalidité sont calculées et réglées par l'Institution directement au bénéficiaire, sous un délai de 15 jours, à compter de la réception du dossier complet et des justificatifs nécessaires, en particulier de la notification de l'attribution d'une rente d'incapacité ou d'invalidité. Ces prestations sont réglées chaque mois.

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

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

- à la date de la liquidation effective de la pension vieillesse du régime de base du participant ;
- au décès du participant.

ARTICLE 10 – REGLE DE CUMUL (commune aux articles 8 et 9)

Le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la Sécurité sociale ou de la MSA, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnités chômage, et des indemnités ou rentes complémentaires versées au titre du contrat, toutes ces sommes étant considérées en net, ne peut pas conduire à verser au participant une somme supérieure à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

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

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

ARTICLE 11 – CONTRÔLE DES DECLARATIONS ET CONTRÔLE MEDICAL

11.1 Déclarations

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié, servent de base aux garanties. L'institution se réserve le droit de vérifier les données communiquées.

Ainsi, l'entreprise adhérente tient à la disposition de l'Institution toutes pièces comptables, de nature à justifier les éléments servant de base, tant au calcul des cotisations, qu'au calcul des prestations.

De même le salarié doit fournir à l'Institution toute information utile permettant de vérifier le respect des dispositions prises dans ces conditions générales, et notamment la règle de cumul définie à l'article

précédent. Si le salarié refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

11.2 Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, l'Institution pourra procéder à un contrôle médical.

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

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

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

Pour l'ensemble des garanties, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces 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.

Le salarié devra se soumettre aux examens de contrôle demandés par l'Institution. Il devra fournir, sur demande, les pièces justificatives dont l'assurance de confidentialité lui est garantie.

Si le salarié ne peut se déplacer, il devra faire parvenir un certificat médical de son médecin traitant le spécifiant et en précisant la cause. Le médecin contrôleur doit alors avoir un libre accès à son lieu de traitement ou à son domicile afin de pouvoir constater la gravité de son état, et ce en dehors des heures de sorties habituellement consenties par la Mutualité Sociale Agricole.

Sauf cas de force majeure, le salarié ne se présentant pas à la convocation du médecin contrôleur perd son droit à prestation tant que ce contrôle n'a pas eu lieu.

De même, en cas de refus d'un salarié de se soumettre à un contrôle médical, de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Mutualité Sociale Agricole, le paiement des prestations est refusé.

Dans ces deux derniers cas, en cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

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

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

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

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant, le Participant et le service médical de l'Institution choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager. Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'Institution restent à la charge de cette dernière, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

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

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

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

Au-delà de ces procédures, toute situation litigieuse pourra être soumise à la Commission Paritaire de Suivi qui, après étude, pourra proposer à la commission mixte une position sur le contentieux exposé.

Les décisions de l'Institution prises en fonction des résultats du contrôle sont notifiées au salarié par courrier recommandé.

ARTICLE 12 – FORMALITES A ACCOMPLIR

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

Les pièces justificatives à fournir à l'Institution (ou à la MSA pour les arrêts de travail) en cas de sinistre et en cours de service des prestations sont notamment :

✓ Incapacité temporaire

En cas d'arrêt de travail, l'interlocuteur est la MSA de rattachement. Elle s'occupe du versement des indemnités journalières. Les pièces justificatives doivent lui être adressées.

Les pièces à fournir devront alors lui être envoyées le plus tôt possible.

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution) ;
- Les décomptes d'indemnités journalières de la MSA ;
- Le certificat médical initial d'arrêt de travail ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- En cas de rechute reconnue comme telle par la MSA, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

✓ Invalidité et incapacité permanente

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire type de l'Institution) ;
- La notification d'attribution de pension ou de la rente d'invalidité permanente, émanant de la MSA au moment de l'ouverture des droits ;
- Le justificatif de paiement de la rente de la MSA ;
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- Un RIB du bénéficiaire ;
- En cas d'incapacité de travail, une copie de l'attestation à destination des organismes gérant les assurances chômage « Pôle Emploi » si le Participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 13 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

13.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation du Participant sous réserve, concernant les garanties « Incapacité temporaire de travail » et « Invalidité et incapacité permanentes » que ce dernier ait au moins quatre mois d'ancienneté continue et révolue chez l'Adhérent. La condition d'ancienneté est acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le participant acquiert quatre mois d'ancienneté.

Ainsi, les garanties prennent effet

- à la date d'effet du contrat pour tous les salariés entrant dans la catégorie assurée présents à cette date ;
- ultérieurement au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel la condition d'ancienneté est satisfaite pour les garanties « Incapacité temporaire de travail » et « Invalidité et incapacité permanentes ».

13.2 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence, au profit des participants dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'Adhérent.

13.3 Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution assure aux participants couverts collectivement par les garanties prévoyance, le maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

L'Adhérent signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'Institution de la rupture du contrat de travail et lui transmet le formulaire de portabilité de l'Institution, dûment complété. Le participant doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'Institution et notamment le justificatif d'ouverture des droits à l'assurance chômage ainsi que les justificatifs de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez l'Adhérent.

Le maintien des garanties ne peut conduire le participant à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle le participant reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle le participant ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès que le participant ne peut plus justifier auprès de l'Institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle Emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage/retraite) ;
- en cas de décès du participant ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

13.4 Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat de l'employeur, 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 deux mois suivant la date d'effet de la résiliation ou, le cas échéant, dans les deux mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 13.3 ci-dessus).

Le présent article est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

13.5 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 au sein de 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 contrat 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 19 continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

13.6 Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l'affiliation du participant

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du participant, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 17 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

13.7 Sort des prestations en cas de changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, l'assureur établit les comptes techniques Prévoyance dans les six mois suivant la date d'effet de la dénonciation. Sur la base des comptes techniques, l'assureur accepte de transférer au nouvel assureur les engagements suivants, calculés à la date d'effet de la dénonciation :

- Provisions mathématiques des arrêts de travail (garanties incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle et invalidité) en cours à la date d'effet de la dénonciation,
- Provisions de maintien des garanties décès après résiliation calculées à la date d'effet de dénonciation.

Dès accord des différentes parties quant à l'engagement transféré, l'assureur établit un protocole de transfert visant à organiser les modalités techniques et financières de l'opération de transfert telles que décrites ci-dessus. Il est convenu que le transfert sera effectué par l'assureur au plus tard 20 jours suivant la date de réception de l'exemplaire du protocole de transfert dûment régularisé par l'ensemble des parties. Le transfert met définitivement fin aux obligations contractuelles de l'assureur.

ARTICLE 14 – CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le participant ne relève plus du champ d'application de l'accord du 4 décembre 2015;
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garanti ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du participant ;
- à la date de sortie des effectifs ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord du 4 décembre 2015 modifié ou de résiliation du contrat.

En cas de radiation du Participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalité médicale dans les conditions exposées à l'article 13.4 ci-avant.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties décès prévu à l'article 20 de la présente notice d'information.

ARTICLE 15 – ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des participants, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime, dans la limite des Tranches A et B (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

Excepté dans les cas d'adhésion à titre facultatif ou de souscription à titre individuel dans les conditions prévues aux articles 13.2 et 13.4 ainsi que pour la garantie « Incapacité temporaire de travail » pour lesquels la cotisation est intégralement à la charge du Participant, le financement du contrat est assuré conjointement par le Participant et l'Adhérent. La part de cotisation du Participant est directement précomptée sur son bulletin de paie par l'Adhérent. L'Adhérent a la responsabilité du versement total des cotisations. Les cotisations sont dues dès le 1^{er} jour de l'affiliation.

La reprise de passif fait l'objet d'un suivi annuel qui peut entraîner une révision de la cotisation correspondante.

ARTICLE 16 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le versement des cotisations des Participants est assuré par l'Adhérent.

ARTICLE 17 – EXONERATION DE COTISATION ET MAINTIEN DES GARANTIES

EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties dans les cas et conditions visés à l'article 13.2 ci-avant.

MAINTIEN DES GARANTIES

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

ARTICLE 18 – BASE DES PRESTATIONS

POUR LES GARANTIES DECES, INCAPACITE ET INVALIDITE PERMANENTES :

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des participants, entrant dans l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies par l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du Code rural et la pêche maritime, **dans la limite des Tranches A et B** (soit quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale) déclarées soit au cours des douze mois précédant l'évènement, soit en se rapportant à la période de

référence retenue par la Sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul des prestations.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué au prorata temporis.

POUR LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL :

Le salaire brut de référence servant au calcul des prestations est égal au gain journalier servant de base pour le calcul des indemnités journalières de la MSA.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES :

Lorsqu'une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires) intervenue entre la date de l'arrêt de travail ou de la reconnaissance de l'invalidité et le décès.

Lorsqu'une période d'incapacité temporaire a précédé la reconnaissance en incapacité permanente professionnelle ou en invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date de l'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente ou de l'invalidité.

ARTICLE 19 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Sont concernées par la revalorisation les rentes éducation, les indemnités journalières et les rentes d'invalidité. Les prestations en cours de service sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

La revalorisation s'applique à l'assiette de la prestation pour l'incapacité temporaire de travail et à la prestation elle-même pour les autres prestations concernées.

ARTICLE 20 – EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

La résiliation ou le non renouvellement du contrat 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 du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

L'article L. 912-3 du code de la Sécurité Sociale prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive des partenaires sociaux qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), 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 II.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation de la Base des Prestations prévue à l'article 19 cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si le participant a été affilié au contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par un précédent assureur, l'Institution versera à ses prestations Décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

ARTICLE 21 – REPRISE DE PASSIF

Les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise au régime et répondant aux conditions d'ouverture du droit, seront pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans le contrat d'assurance.

Les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'organisme assureur sont garantis à la date d'adhésion de l'entreprise au régime pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures des prestations arrêt de travail réglées par un précédent assureur à la date d'effet de l'adhésion d'une entreprise à l'accord départemental sont prises en charge par l'Institution.
- la reprise des garanties décès maintenues par un précédent assureur au titre d'une incapacité temporaire de travail ou incapacité permanente professionnelle ou invalidité en cours à la date d'adhésion de l'entreprise à l'accord départemental, est accordée, sans impact tarifaire, dès lors qu'il y a :
 - d'une part communication par l'entreprise d'un état détaillé de ces bénéficiaires, dans les 45 jours, suivant la date d'adhésion,
 - et d'autre part, transfert de la totalité des provisions mathématiques règlementaires (correspondant au maintien de la garantie décès) de l'ancien assureur vers l'Institution.

En l'absence de contrat de prévoyance antérieur, l'organisme assureur couvrira l'intégralité des garanties définies dans la présente convention pour les arrêts de travail en cours à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, y compris ceux pour lesquels l'obligation de complément de salaire par l'employeur a pris fin avant cette date, sous réserve que l'entreprise déclare dans le trimestre civil suivant la date d'adhésion, les arrêts de travail en cours à cette date,

Dans ces situations, le risque arrêt de travail étant déjà survenu, le coût afférent à cette prise en charge par l'organisme assureur correspond techniquement au montant des provisions mathématiques afférentes à constituer lors de cette reprise de passif.

L'organisme assureur pourra demander à l'entreprise qui adhère un complément de cotisations permettant le financement de cette reprise de passif.

ARTICLE 22 – RISQUES EXCLUS

Sont garantis par le contrat tous les risques de décès, y compris le suicide du participant, à l'exclusion de ceux résultant :

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

Les autres garanties du régime (incapacité temporaire, incapacité et invalidité permanentes) ne prévoient pas de clauses d'exclusion.

ARTICLE 23- PRINCIPE DE SOLIDARITE

23.1 Mise en œuvre du principe de solidarité :

La couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 23.2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture prévoyance est affectée au financement de ces mesures.

L'Institution rappelle que les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le participant ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'Institution.

23.2 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité comprennent notamment :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

ARTICLE 24 – 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 ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties nées du décès du Participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter 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 le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

ARTICLE 25 – CLAUSE DE SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations indemnitaires versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

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.

ARTICLE 26 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'Institution et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le participant ou le cas échéant les bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'Institution :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

ARTICLE 27 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE – RÉCLAMATIONS – REGLEMENT DES LITIGES

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09).

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

HUMANIS PREVOYANCE
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex

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

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

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

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

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
mediateur@ctip.asso.fr
www.ctip.asso.fr

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

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

- **orienter** vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou à 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 PREVOYANCE
Service social
93 rue Marceau
93187 MONTREUIL cedex

N° Azur 0811 919 919

Appel non surtaxé