

NOTICE D'INFORMATION

REGIME DE PREVOYANCE

Accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS)

PERSONNEL NON CADRE (personnel ne relevant pas de l'article 4 et 4 bis de la Convention Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947)

(Références NI-CCN/ CHRS/NC-PREV 2016)

GARANTIES OPTIONNELLES (A cocher si adhésion)	
Majoration Décès	<input type="checkbox"/>
Rente de conjoint	<input type="checkbox"/>
Rachat de franchise	<input type="checkbox"/>
Franchise discontinuée	<input type="checkbox"/>

SOMMAIRE

PRESENTATION DU REGIME DE PREVOYANCE	4
TEXTE CONVENTIONNEL	4
MODALITES D’AFFILIATION	4
PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	4
GARANTIES DECES	6
OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	6
BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS	6
REGLEMENT DES PRESTATIONS	6
GARANTIE RENTE EDUCATION	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
REGLEMENT DES PRESTATIONS	Erreur ! Signet non défini.
GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE	8
MONTANT DE LA PRESTATION	8
POINT DE DEPART DE L’INDEMNISATION	8
APPRECIATION DU CREDIT D’INDEMNISATION	8
TERME DE L’INDEMNISATION	8
REGLEMENT DES PRESTATIONS	8
INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE - INVALIDITE (IPP)	9
DEFINITIONS	9
OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	9
TERME DE L’INDEMNISATION	9
REGLEMENT DES PRESTATIONS	10
DISPOSITIONS GENERALES	11
PRISE D’EFFET – DUREE – RENOUELEMENT DE L’ADHESION	11
CESSATION DE L’AFFILIATION	11
MAINTIEN DES GARANTIES	11
COTISATIONS	13
EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	13
SALAIRE DE REFERENCE	14
REVALORSATION DES PRESTATIONS	14
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUELEMENT DE L’ADHESION	14
DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	15
RISQUES EXCLUS	16
RECOURS – PRESCRIPTION	16
FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	17
RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES	17
CONTROLE	18
DISPOSITIONS DIVERSES	18
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	19
VERSEMENT DES PRESTATIONS	20

IMPORTANT

**DOCUMENT A REMETTRE
A VOTRE EMPLOYEUR**

Je soussigné(é),

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de HUMANIS PREVOYANCE en application des Accords collectifs de travail applicables dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes.

**A _____ le _____
Signature**

PRESENTATION DU REGIME DE PREVOYANCE

TEXTE CONVENTIONNEL

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont signé le 30 novembre 2015 le protocole n°158 (agrée le 7 Avril 2016) et son avenant n°1 du 26 Avril 2016 modifiant votre régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaires des accords collectifs CHRS,

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS, a adhéré au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par 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 dont le siège social est à Paris (75014) 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Ce régime a pris effet au 1^{er} janvier 2016. Néanmoins, et conformément à l'avenant n°1 du protocole n°158 :

- les nouveaux montants des garanties « Décès » (hors rente éducation) sont applicables pour tout fait générateur intervenant postérieurement au 8 Avril 2016.

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 toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application des accords collectifs, vous pouvez saisir les organisations signataires du protocole.

Pour toute question liée à la gestion du régime, Humanis Prévoyance est à votre disposition.

MODALITES D'AFFILIATION

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble des salariés sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion, ainsi que les salariés embauchés ultérieurement.

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

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

Il y précise notamment son état civil.

PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

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 adhérentes au régime de prévoyance conventionnel

- l'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédant,
- les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rente invalidité ou incapacité permanente professionnelle et rente éducation en cours de service ainsi que la rente conjoint (garantie optionnelle), que le contrat de travail soit rompu ou non
- l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre du salarié par un assureur antérieur
- le maintien des garanties décès, que le contrat de travail, soit rompu ou non, pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité et d'invalidité versées par un organisme assureur en application d'un contrat souscrit antérieurement au 1^{er} janvier 2002, sous réserve que le maintien de ces garanties ne soit pas déjà prévu par le contrat antérieur. Ce maintien prend effet, d'une part, si les établissements concernés communiquent un état détaillé de ces bénéficiaires et d'autre part, si le précédant organisme assureur transmet les provisions effectivement

constituées à la date de la résiliation de son contrat , en application de l'article 30 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Pour les entreprises adhérentes aux garanties optionnelles

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

Les titulaires de rente de conjoint antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Institution, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

- *Pour les entreprises ayant souscrits antérieurement un contrat d'assurance collective de prévoyance auprès d'un autre Organisme assureur*

La garantie décès est revalorisée, 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),

Les titulaires de rente éducation antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre des présentes Conditions Générales :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales.

Pour les garanties optionnelles, la reprise du passif devra être mesurée et tarifée. Un surcoût est donc applicable.

GARANTIES SOUSCRITES

GARANTIES DECES

OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

Décès, Invalidité Absolue et Définitive (IAD), Incapacité Permanente Partielle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80%

En cas de décès du participant ou d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'une Incapacité Permanente Partielle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80%, il est versé aux bénéficiaires tels que définis ci-après un capital précisé en annexe I de la présente Notice d'Information.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'IAD ou l'Invalidité Permanente Partielle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80%, met fin à la garantie Décès.

Majoration décès

Dans le cas où l'Adhérent a choisi la garantie « majoration décès », l'Institution verse au bénéficiaire un capital supplémentaire dont le montant fixé en pourcentage du capital décès de base figure en annexe de la présente Notice d'information.

Capital pour orphelin

Le décès postérieur ou simultané du conjoint non remarié ou concubin non marié ou de son partenaire de Pacs non marié avant l'âge légal de la retraite du régime général, et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal à 100 % du capital versé en cas de décès toutes causes.

L'Invalidité Absolue et Définitive et l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80% sont assimilées au décès pour l'attribution de la prestation "Capital pour orphelin".

BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80%, le bénéficiaire des capitaux est le participant.

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

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

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

- 1) au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'Institution n'étant tenu qu'à un seul versement au(x) bénéficiaire(s) apparent(s) ;
- 2) à défaut aux enfants vivants ou représentés ;
- 3) à défaut, à ses petits-enfants ;
- 4) à défaut de descendants directs, à ses parents survivants ;
- 5) à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- 6) à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- 7) à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'IAD ou l'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieure à 80%, du contrôle médical prévu ci-après.

GARANTIE RENTE EDUCATION - RENTE CONJOINT

OBJET ET MONTANT DE LA RENTE EDUCATION

En cas de décès du participant non-cadre, quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité absolue et définitive (3e catégorie de la Sécurité sociale), ou IPP d'un taux égal ou supérieur à 80% il est versé à chaque enfant à charge, une rente temporaire dont le montant annuel est précisé en annexe de la présente Notice d'Information.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'IAD ou d'une Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80% met fin à la garantie.

L'indemnisation débute le premier jour du mois civil suivant le décès ou la reconnaissance de l'état d'IAD ou de l'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80%. Si la demande est présentée plus d'un an après le décès ou l'IAD ou d'une Incapacité Permanente Partielle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80%, l'indemnisation débute le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Les rentes sont versées trimestriellement d'avance.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 18e anniversaire et, au plus tard, son 26e anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou effectue un stage préalablement, dans l'un ou l'autre cas, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

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

OBJET ET MONTANT DE LA RENTE CONJOINT

Si l'Adhérent choisit cette garantie, l'Institution verse en cas de décès du Participant une rente conjoint ou assimilé cette qualité au jour du décès.

La rente peut être :

- Une rente viagère du conjoint : Elle est versée durant la vie du conjoint ou assimilé, sans condition d'âge.
- Une rente temporaire du conjoint : lorsque le conjoint survivant ou assimilé ne peut pas bénéficier immédiatement au décès du Participant, et à taux plein, de la pension de la réversion du régime complémentaire, l'Institution lui verse une rente temporaire selon les dispositions figurant en annexe de la Notice.

Cette rente est versée jusqu'au 1^{er} jour du trimestre civil suivant l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du ou des régimes de retraites complémentaires (ARRCO et/ou AGIRC), et au plus tard, y compris pour le concubin ou le partenaire lié par un PACS jusqu'au 55^{ème} anniversaire du bénéficiaire ;

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

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

MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant des Indemnités journalières est précisé en annexe I de la présente Notice d'Information.

Règle de cumul :

En tout état de cause, le total perçu par le participant (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité. Le salaire net correspond au salaire brut déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

POINT DE DEPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à compter du **91^e** jour d'arrêt de travail.

L'Adhérent a la possibilité, en raison d'une garantie optionnelle, de prévoir un rachat de franchise à hauteur de 30 jours. Ainsi, la franchise est fixée à 60 jours au lieu de 90 jours d'arrêt de travail discontinus.

Egalement, l'Adhérent peut opter pour une réduction de franchise de 30 jours discontinus.

APPRECIATION DU CREDIT D'INDEMNISATION

La franchise discontinuée est appréciée au 1^{er} jour d'arrêt de travail en décomptant tous les arrêts intervenus au cours des 12 derniers mois qu'ils aient été ou non indemnisés par l'Institution.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail supérieur à 3 jours continus et entrant dans le cadre de l'appréciation de la franchise discontinuée déterminée ci-dessus, fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt sous déduction d'une indemnité de Sécurité sociale reconstituée de manière théorique mais non compensée (pour les 3 premiers jours).

TERME DE L'INDEMNISATION

La prestation cesse d'être versée :

- **Dès la reprise du travail,**
- **à la liquidation de sa pension de retraite, ou au jour de son décès,**
- **à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle,**
- **et au plus tard, au 1 095^e jour d'arrêt de travail.**

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, et sont calculées compte tenu des règles du régime général de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

Les indemnités journalières sont versées par l'Institution directement à l'Adhérent, sauf en cas de défaut du respect par le salarié des formalités nécessaires pour la perception de ces indemnités où elles sont versées directement à participant, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale (ou selon l'appréciation du médecin-conseil de l'Institution).

INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP) - INVALIDITE

DEFINITIONS

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, dans des proportions déterminées par l'Institution. Le Participant doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par la Sécurité sociale.

L'Institution procède au classement des invalides dans l'une des trois catégories ci-après :

- Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le Médecin Conseil de l'Institution n'est pas tenu par les constatations de la Sécurité sociale. L'Institution se base sur les conclusions de son Médecin Conseil pour procéder au classement des invalides.

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

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 l'Institution 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.

En cas de conversion de la rente d'incapacité permanente Sécurité Sociale en capital, l'institution prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales.

OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

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

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale est précisé en annexe I de la présente Notice d'Information.

Règle de cumul :

Le total perçu par le Participant (y compris Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

TERME DE L'INDEMNISATION

La prestation cesse d'être versée :

- au jour de l'attribution de la pension de vieillesse ou au jour du décès du participant ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 66% en ce qui concerne les rentes visées aux cas 1 et 2 ci-dessus ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33% en ce qui concerne la rente visée au cas 3 ci-dessus ;

- du jour de la reprise à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité de travail est redevenue supérieure à 66 % (pour les rentes visées au cas 2) ou à 33 % (pour les rentes visées au cas 3).

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes sont versées par l'Institution au Participant à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

DISPOSITIONS GENERALES

PRISE D'EFFET – DUREE – RENOUELEMENT DE L'ADHESION

PRISE D'EFFET 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.

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

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail les garanties sont suspendues, sauf si cette suspension résulte :

- De l'utilisation du droit de grève,
- D'une maladie ou d'un accident,
- Du congé légal de maternité,
- Du congé non rémunéré qui n'excède pas un mois consécutif.

Le bénéficiaire des garanties est également 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 salaire,

-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.

A compter du deuxième mois de suspension du contrat de travail non rémunéré du participant, celui-ci peut continuer à bénéficier des garanties Capital Décès et Rente éducation s'il s'acquitte de la totalité des cotisations relatives à ces garanties.

CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation du Participant cesse de plein droit :

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

MAINTIEN DES GARANTIES

Maintien de garanties Prévoyance au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale

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

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'elle devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

EFFET ET DUREE 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, le cas échéant 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 présent contrat.**

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le participant s'engage à fournir à l'Institution :

- 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. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 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 par la portabilité.

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

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

Lorsque la garantie Incapacité temporaire de travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'adhérent, et en l'absence de franchise contractuelle prévue par défaut, il est instauré une franchise de **90 jours discontinus.**

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'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 trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Sort des Prestations en cas de cessation de l'affiliation du Participant

Les prestations servies en cas d'Incapacité Temporaire de Travail ou d'Invalidité en cours de service à la date de cessation des droits du Participant sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans la présente Notice d'information.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits du Participant, l'Institution verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation ou antérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La clause de revalorisation prévue à l'article 21 continue de produire ses effets tant que le contrat d'adhésion reste en vigueur.

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

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du Participant, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations de l'article 19 concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A,B et C soumises à cotisations.

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

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

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

EXONERATION DES COTISATIONS

L'Institution exonère l'Adhérent du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, pour le Participant en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité par l'Institution.

L'exonération est :

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

MAINTIEN DES GARANTIES

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

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, dans les conditions en vigueur à la date d'arrêt de travail ou à la date d'effet du contrat d'adhésion pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur,
- pour les garanties Décès, dans les conditions en vigueur à la date du décès.

CESSATION DE L'EXONERATION DES COTISATIONS ET DU MAINTIEN DES GARANTIES

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité tels que susvisés,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

SALAIRE DE REFERENCE

1. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

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

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

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

REVALORSATION DES PRESTATIONS

Les prestations décès, incapacité de travail, invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle et rentes sont revalorisées le 1er juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite A.G.I.R.C.

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

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 par 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 deux 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.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), les garanties Décès, à l'exception de la garantie Double Effet Conjoint, sont maintenues aux participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les Prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues dans la présente notice.

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 dans la présente notice d'information, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si le participant a été affilié au 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.

DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Enfants à charge

Sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs), qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- Jusqu'à leur 18e anniversaire, sans condition ;
- Jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - 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 de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

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

Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

RISQUES EXCLUS

D'une façon générale, ne sont pas pris en charge les risques résultant :

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

RECOURS – PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,**

- en cas de réalisation du Risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent,
- en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution.

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.

FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

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

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

RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES

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
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

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

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

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

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

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

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

CONTROLE

L'Institution et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

DISPOSITIONS DIVERSES

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-nil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données, conformément aux dispositions légales susvisées.

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.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

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

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

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

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

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

Risque : Evénement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et huit fois celui-ci.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

DECLARATION DES SINISTRES

Les Participants, l'Adhérent et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour mettre en œuvre les garanties du contrat et le versement des prestations correspondantes, 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.

DOCUMENTS A FOURNIR	INCAPACITE DE TRAVAIL (I)	RENTES (INVALIDITE, IPP)	DECES IAD	RENTE EDUCATION
Demande d'indemnités journalières, signée de l'Adhérent	•			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	•			
Photocopie des 3 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt	•			
Demande de rente, signée de l'Adhérent		•		
Notification d'attribution de pension d'Invalidité ou de la rente d'Incapacité Permanente Professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		•		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		•	•	
Demande de capital Décès signée de l'Adhérent			•	
Acte de décès (bulletin de décès)			•	•

Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			•	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			•	•
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			•	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			•	•
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire			•	
En présence d'enfants ou de personnes à charge, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage...			•	•
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			•	•
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone, ...)				•
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			•	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie (ou IPP ≥ 80%)			•	
Attestation détaillée du médecin traitant de l'assuré			•	•
Demande de rente signée de l'Adhérent			•	•
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires	•	•	•	•
Attestation d'inscription à Pôle emploi			•	•
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			•	•

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.

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

DELAI D'ENVOI DES DOSSIERS : DECHEANCE PARTIELLE

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessus doivent être produites à l'Institution :

Au titre du risque incapacité temporaire de travail : au plus tard dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours après la date d'arrêt de travail ou si la franchise est supérieure à cette durée, dans les trente jours qui suivent l'expiration de cette franchise.

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 la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'Adhérent, les Prestations ne prennent effet 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 de l'assuré 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 de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) 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'organisme assureur 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.

CONTROLES MEDICAUX

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

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 auprès du Participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

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

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

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

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

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

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

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

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au Participant et à l'Institution qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination. Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des Prestations.

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

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 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.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

ANNEXE I – GARANTIES

Salariés Non-Cadres (personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947)

Descriptif des garanties	Prestations en % salaire annuel de référence
GARANTIES EN CAS DE DECES	
CAPITAL DECES « TOUTES CAUSES » - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D) – INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) ≥ 80%⁽⁴⁾ Versement d'un capital, quelle que soit la situation de famille, égal à : <ul style="list-style-type: none"> • Pour tout fait générateur intervenant antérieurement au 8 Avril 2016 : 315 % • Pour tout fait générateur intervenant postérieurement à compter du 8 Avril 2016 : 220 % 	
CAPITAL POUR ORPHELIN (PAR ENFANTS A CHARGE) EN CAS DE DECES – INVALIDITE (I.A.D) – INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) ≥ 80%⁽⁴⁾ Versement d'un capital égal à : <ul style="list-style-type: none"> • Pour tout fait générateur intervenant antérieurement au 8 Avril 2016 : 315 % • Pour tout fait générateur intervenant postérieurement à compter du 8 Avril 2016 : 220 % 	
GARANTIE RENTE EDUCATION	
RENTE EDUCATION En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive(I.A.D) ou d'Incapacité Permanente Partielle d'un taux égal ou supérieur à 80% du salarié, il est versé une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge, d'un montant annuel égal à : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'au 12^{ème} anniversaire : 8% • du 12^{ème} au 19^{ème} anniversaire : 10 % • du 19^{ème} au 26^{ème} anniversaire : 12 % 	
GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
<u>Début et durée de l'indemnisation</u>	à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail franchise de 90 jours d'arrêt de travail discontinus ⁽¹⁾
<u>Indemnités journalières</u>	80 %^{(2) (3)}
GARANTIES EN CAS D'INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE (d'un taux au moins égal à 33%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Rente d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'un taux égal ou supérieur à 66%, 80 %⁽³⁾ 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rente d'invalidité 1^{ère} catégorie 48 %⁽³⁾ 	
<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33% et 66% R⁽⁴⁾ x 3 n / 2⁽³⁾ 	

(1) La franchise discontinuée est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts intervenus (indemnisés ou non par l'organisme institution au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

(2) y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale

(3) dans la limite de la règle de cumul visée dans la présente Notice d'information.

(4) R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2^{ème} catégorie et n le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale

(5) L'incapacité permanente Partielle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80 % est assimilée au décès pour tout fait générateur de cet état, à compter du 8 Avril 2016.

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

GARANTIES OPTIONNELLES

Descriptif des garanties	Prestations en % salaire annuel de référence
MAJORATION DECES	+ 100% TA, TB
RENTE CONJOINT EN CAS DE DECES – INVALIDITE (I.A.D) – INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) ≥ 80% <ul style="list-style-type: none"> • Rente viagère - versée jusqu'au décès du bénéficiaire • Rente temporaire - versée jusqu'à le versement de la retraite du bénéficiaire. 	0,2% x (65 –X) 0,2% x (X– 25) <small>X étant l'âge du participant à la date du décès</small>
RACHAT DE FRANCHISE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	60 jours discontinus (au lieu de 90 jours discontinus)
FRANCHISE REDUITE	30 jours discontinus