



CCN des cabinets ou entreprises
d'expertises en automobile
Notice d'information prévoyance

Édition Juin 2017

Garanties prévoyance

Référence : "NI/HP/PREV- Experts auto 06.17"

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

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

À _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
PRÉAMBULE.....	4
▶ Modalités d'affiliation.....	4
▶ Prise en charge des risques en cours.....	4
GARANTIES DECES	5
▶ Invalidité Absolue et Définitive	5
▶ Capital décès	5
▶ Double Effet Conjoint	6
▶ Frais d'Obsèques.....	6
▶ Allocation Décès.....	6
▶ Rente Education (assurée OCIRP)	6
▶ Rente de Conjoint (assurée OCIRP).....	7
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	8
▶ Incapacité Temporaire de Travail	8
▶ Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle	9
▶ Rente Dépendance	10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	14
▶ Entrée en vigueur des garanties – dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.	14
▶ Maintien des garanties et des prestations	15
▶ Révision des cotisations et/ou des garanties	17
▶ Salaire de référence	17
▶ Revalorisation	18
▶ Résiliation du contrat.....	18
▶ Définition des personnes à charge.....	19
▶ Exclusions.....	19
▶ Recours - Prescription	20
▶ Réclamations - Médiation.....	20
▶ Contrôle de l'Institution	21
▶ Dispositions diverses	21
VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
▶ Déclaration des sinistres	22
▶ Obligations du Participant	23
▶ Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	24
▶ Contrôles médicaux.....	24
▶ Versement des prestations décès	25
ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE	26
ANNEXE 1	27
▶ Tableau des garanties Décès	27
▶ Tableau des garanties Arrêt de Travail	29

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile (dénommée ci-après "la Convention Collective") ont instauré un régime de prévoyance complémentaire obligatoire au profit des salariés de la branche.

Le présent contrat est souscrit par la personne morale relevant de la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile, ci-après dénommée « l'Adhérent », auprès des organismes assureurs suivants :

- **Humanis Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, dont le siège social est situé au 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, et

- **L'OCIRP**, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par les dispositions du titre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan 75008 Paris.

Ci-après dénommées « l'Institution ».

Humanis Prévoyance est l'organisme assureur de la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle et des capitaux Décès, L'OCIRP est l'organisme assureur de la couverture des garanties Rente Education, Rente de Conjoint et Rente Dépendance.

Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie Rente Education, Rente de Conjoint et Rente Dépendance assurées par l'OCIRP.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime conventionnel ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur ou directement à votre centre de gestion.

► Modalités d'affiliation

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire de l'ensemble du personnel (cadre et non-cadre) de l'Adhérent.

Conformément aux articles 12-3 et suivants de la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile :

- Le personnel cadre s'entend aux termes du régime comme :

- Les salariés experts en automobile qui exercent des fonctions relevant au minimum du niveau IV de l'échelon 3 de la grille de qualification, même s'ils n'assurent pas de fonctions d'encadrement ;

- Tous les salariés relevant au minimum du coefficient 230 ayant acquis une formation technique, administrative, juridique, relationnelle ou financière sanctionnée par un diplôme ou non, exerçant un commandement par délégation de l'employeur ou qui ont en charge le fonctionnement d'un service peuvent prétendre au statut cadre s'ils bénéficient d'un salaire annuel de base égal ou supérieur au plafond annuel de la Sécurité sociale et d'un accord de leur employeur pour qu'ils deviennent cadres.

- Le personnel non cadre s'entend aux termes du régime comme l'ensemble des salariés non visés par la définition ci-dessus.

Pour le présent régime, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de la souscription de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution.

Il y précise son Etat civil.

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'Adhérent,
- à sa date d'embauche si elle postérieure à la date d'effet du contrat.

► Prise en charge des risques en cours

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties, s'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale sans être indemnisés au titre du régime de prévoyance complémentaire, l'Institution prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent contrat.

S'ils bénéficient des prestations du régime de Sécurité sociale et de prestations complémentaires au titre d'un précédent régime de prévoyance, l'Institution ne prendra en charge que la revalorisation des prestations en cours de service, dans la mesure où cela n'a pas été prévu par le précédent organisme assureur.

GARANTIES DECES

► Invalidité Absolue et Définitive

Définition de la garantie

Le Participant est considéré en état d'Invalidité Absolue et Définitive lorsqu'il se trouve en situation d'Invalidité reconnue par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Montant de la garantie

Le Montant du capital est défini en annexe I de la Notice d'Information. Il est dépendant du fait générateur de l'Invalidité Absolue et Définitive. Selon que cette dernière intervienne dans la vie « civile », ou est consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle reconnu(e) par la Sécurité sociale et dont le taux d'Incapacité Permanente est au moins égal à 80 %, le montant du capital attribué par l'Institution sera différent.

Si l'Invalidité Absolue et Définitive n'est pas consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'Institution versera par anticipation le « Capital Décès Vie Civile ».

Si l'Invalidité Absolue et Définitive est consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle et dont le taux d'Incapacité fonctionnel est au moins égal à 80 %, l'Institution versera par anticipation le « Capital Décès consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle ».

En tout état de cause, la demande doit être formulée avant la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires du Participant.

La preuve directe entre l'accident du travail/maladie professionnelle et l'Invalidité Absolue et Définitive ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au bénéficiaire du capital.

Le versement de la garantie met fin à la garantie Décès.

Bénéficiaire de la garantie.

Le capital est versé au Participant à compter de la consolidation de l'Invalidité Absolue et Définitive.

► Capital décès

Définition de la garantie

En cas de décès du Participant, l'Institution verse aux bénéficiaires un capital. Le montant du capital est dépendant du fait générateur du Décès. Selon que ce dernier intervienne dans la vie « civile », ou est consécutif à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnu(e) par la Sécurité sociale, le montant du capital attribué par l'Institution sera différent.

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

Le capital versé par l'Institution ne pourra être inférieur au montant figurant en annexe I de la présente Notice d'Information. La revalorisation de ce capital minimum est indexée sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de chaque année.

Bénéficiaires des garanties

Clause bénéficiaire contractuelle

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

- au conjoint non divorcé. Il est assimilé au conjoint non divorcé le partenaire auquel le Participant est lié par un Pacte Civil de solidarité et son concubin.

- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Désignation de bénéficiaire par le Participant

Au moment ou au cours de son affiliation, le Participant peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de l'Institution. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Institution de les contacter, en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par Acte sous signature privée ou par Acte authentique.

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

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

Cas particulier

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie « Double Effet Conjoint ».

► Double Effet Conjoint

En cas de décès du conjoint (tel que défini à l'article « Définition des personnes à charge » de la présente Notice d'Information) simultanément ou postérieurement à celui du Participant, l'Institution verse aux Enfants à charge tels que définis à l'article « définition des personnes à charge » ou à son représentant légal, un capital défini en annexe I de la présente Notice d'Information, réparti par parts égales entre eux. Le décès du conjoint doit intervenir avant l'âge de son départ à la retraite

La garantie « Double Effet Conjoint » est une garantie complémentaire à la garantie « Capital Décès ». Le montant du Capital est dépendant du fait générateur du Décès.

Si les Décès du Participant et du conjoint provenant d'une même cause accidentelle indépendante de leur volonté, surviennent l'un et l'autre dans les 96 heures qui suivent le fait accidentel, l'Institution versera un capital complémentaire à la garantie « Capital Décès consécutif à un accident du travail ou maladie professionnelle » dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'Information.

La garantie de l'Institution est accordée sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin décède au plus tôt le jour du décès du Participant,
- le conjoint satisfait, au jour du décès du Participant, à la définition du conjoint (défini à l'article « définition des personnes à charge » de la présente Notice d'Information),
- le conjoint laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment de son décès, et initialement à la charge du Participant,
- l'adhésion de l'entreprise au régime de prévoyance doit être en vigueur à la date de son décès.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

► Frais d'Obsèques

En complément des garanties en cas de décès du Participant, il est versé, à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ou à l'organisme désigné par la personne en charge des obsèques, une

allocation dont le montant est égal au montant des frais d'obsèques dans **la limite de 2 fois le montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès du Participant.**

Aucune prestation n'est versée si le défunt est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

► Allocation Décès

En complément du Capital Décès du Participant quel que soit le bénéficiaire désigné, il est versé au conjoint du Participant tel que défini à l'article « définition des personnes à charge », une allocation dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'Information.

► Rente Education (assurée OCIRP)

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

Définition de la garantie

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chaque Enfant à charge une rente temporaire annuelle dont le montant est fixé en annexe I de la présente Notice d'Information.

Versement de la prestation

La rente est versée d'avance par mois aux Enfants à charge ou à leur représentant légal. **Elle cesse d'être servie à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition des Enfants à charge tels que définis à l'article « Définition des personnes à charge » de la présente Notice d'Information.**

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

Le montant de la rente varie en fonction de l'âge de l'Enfant à charge, la rente est « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès ou du Participant, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite indiqué en annexe I de la présente Notice d'Information.

Cessation de la prestation

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

► Rente de Conjoint (assurée OCIRP)

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

Définition de la garantie

En cas de décès du Participant laissant son conjoint tel

que défini à l'article « Définition des personnes à charge » de la présente Notice d'Information, il est versé à ce dernier une rente viagère et une rente temporaire, dont les montants figurent en annexe I de la présente Notice d'Information.

Versement de la prestation

La rente viagère et la rente temporaire sont versées d'avance par mois.

La rente viagère est versée de la date du décès de l'assuré à celle du conjoint survivant. Elle cesse également, même en cas de remariage, au décès du bénéficiaire.

La rente temporaire est versée jusqu'à la date de liquidation de la retraite du conjoint survivant (qui répond à la définition prévue à l'article « Définition des personnes à charge » de la présente Notice d'Information).

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

► Incapacité Temporaire de Travail

Définition et conditions de garantie

L'Institution verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail du Participant, une prestation dénommée indemnité journalière, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies à la partie « Versement des prestations » de la présente Notice d'Information.

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

- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale :
 - soit au titre de l'assurance maladie,
 - soit au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles,

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

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

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

- au terme d'une période de franchise définie en annexe I de la présente Notice d'Information. La franchise est dépendante du fait générateur de l'arrêt de travail.

Les Participants dont les droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ne sont pas ouverts (car n'effectuant pas un certain nombre d'heures par trimestres ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale) bénéficient des droits au titre de la présente garantie dans les mêmes conditions que les autres Participants. L'Institution interviendra en complément des prestations de la sécurité sociale reconstituées de manière théorique.

Rechute

Le délai de franchise n'est pas appliqué en cas de rechute reconnue par la Sécurité sociale et si l'arrêt de travail :

- est dû à la réapparition de l'affection ayant donné lieu à une indemnisation par l'Institution,
- intervient moins de 6 mois après la reprise du travail.

Les prestations sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Cessation du paiement des prestations Incapacité Temporaire de Travail

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail :

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

Montant de la prestation

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant en annexe I, au salaire de référence tel que défini dans la présente Notice, sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Complément Familial

Une indemnité complémentaire à la prestation pour Incapacité Temporaire de Travail est versée systématiquement au Participant ayant des Enfants à charge.

Le montant du complément familial figure en annexe I de la présente Notice d'Information quel que soit le nombre d'Enfants à charge.

Règle de cumul

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

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

Collective,

- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire,

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

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

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

Versement des Indemnités journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans la troisième partie de la présente Notice d'Information comportant notamment un certificat médical établi par le médecin du Participant à l'attention du Médecin Conseil de l'Institution sous pli confidentiel cacheté et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'Institution. L'Adhérent est dispensé de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'Institution.

Les indemnités sont versées à l'Adhérent, ce paiement libérant l'Institution à l'égard du Participant. Néanmoins, après rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement au Participant.

► Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle

Définitions et conditions de la rente

L'Institution verse en cas d'Invalidité du Participant, une prestation sous forme de rente en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies à la partie « Versement des prestations » de la présente Notice d'Information.

Le Participant est considéré en état d'Invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Institution, lorsque, suite à une maladie ou un accident constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement. Le Participant doit en outre être reconnu par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil d'Humanis Prévoyance pour les Participants ne bénéficiant pas de droits ouverts auprès de la Sécurité sociale) en état

d'Invalidité, telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

La rente complémentaire est versée d'avance chaque mois.

Le versement de la rente cesse :

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

Montant de la rente

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant en annexe I de la présente Notice d'Information au salaire de référence, selon le classement par la Sécurité sociale du Participant en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie d'Invalidité, sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale hors majoration tierce personne. Ce montant s'entend brut de toutes charges sociales salariales et patronales susceptibles de grever les prestations.

Cas Particuliers des accidents du travail et des maladies professionnelles (Incapacité Permanente Professionnelle) :

Les prestations prévues pour la 1^{ère} catégorie, 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées aux Participants reconnus invalides par la Sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'Incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 20 %.

Lorsque le taux fonctionnel est supérieur à 80 %, l'Institution verse de manière anticipée le « Capital Décès Consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle ».

La rente versée dans le cadre de l'Incapacité Permanente Professionnelle est viagère.

Complément Familial

Dès lors qu'un Participant reconnu invalide par la Sécurité sociale à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle et dont le taux d'Incapacité fonctionnelle est au moins égal à 80 %, a un ou plusieurs Enfants à charge (tels que définis à l'article « Définition des personnes à charge ») et qu'il ne perçoit pas la totalité de son salaire, il reçoit le complément familial prévu à l'article « Incapacité Temporaire de Travail » de la présente Notice d'Information. Ce complément est payé directement au bénéficiaire par l'Institution.

Perte d'Autonomie

En cas d'Invalidité ou d'Incapacité Permanente Professionnelle, l'Institution verse au Participant une Rente pour Perte d'Autonomie, dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'Information pour autant que :

- le Participant bénéficiaire de la garantie Invalidité est classé en 3^{ème} catégorie d'Invalidité par la Sécurité sociale. Et a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

- le Participant bénéficiaire de la garantie Incapacité Permanente Professionnelle a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

L'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de vie s'entend de l'impossibilité d'exercer seul, même de façon partielle, au moins 3 des 5 actes suivants :

- boire et manger,
- se lever, s'habiller et se déshabiller, se coucher,
- se déplacer dans le logement,
- se laver,
- aller aux toilettes.

Règle de cumul

La rente versée par l'Institution vient en complément :

- des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale au titre de la rente d'Invalidité hors majoration tierce personne.

- du salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel au salaire de référence tel que défini dans la présente Notice d'Information revalorisé s'il y a lieu en application de l'article « revalorisation », de la fraction de salaire perçue par le Participant dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur au titre de la Convention Collective,

- du montant des allocations d'assurance chômage dans le cas d'une Invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée. En cas de radiation temporaire des listes du Pôle Emploi, l'Institution prendra en compte dans sa règle de calcul le montant de l'allocation d'assurance chômage perçu avant ladite radiation,

- des prestations versées au titre d'un autre régime obligatoire de prévoyance,

- s'il y a lieu, des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et par l'Institution au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

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

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

Versement de la rente

La rente est payable trimestriellement à terme échu, sur présentation du dossier complet défini dans la partie « Versement des Prestations » de la présente Notice d'Information.

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

La rente est versée directement au Participant.

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

► Rente Dépendance

Définition de l'état de dépendance

La garantie a pour objet de faire bénéficier le Participant d'une rente lui permettant de se prémunir, durant sa vie entière, contre la perte d'autonomie.

L'état de dépendance est l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle).

Cet état de dépendance est évalué par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources), reconnue comme outil national d'évaluation de la dépendance, décrite en annexes 2.1 et 2.2 du Code de l'Action sociale et des familles, y compris pour les personnes de moins de 60 ans.

L'état de dépendance totale est reconnu par référence aux deux premiers groupes iso-ressources (GIR 1 et 2), ou par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer trois des quatre actes élémentaires et essentiels de la vie courante (se nourrir, se déplacer, s'habiller et satisfaire à son hygiène personnelle).

L'état de dépendance partielle est reconnu par référence au troisième groupe iso-ressources (GIR 3), et par l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer deux des quatre actes essentiels de la vie courante, tels que définis ci-dessus.

Les définitions des trois premiers groupes sont les suivantes :

- Groupe 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants,
- Groupe 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer,
- Groupe 3 : personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles et partiellement leur capacité de se déplacer, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

L'état de dépendance totale, au sens du présent régime, est automatiquement reconnu en cas de classement du Participant suivant la grille AGGIR (GIR 1 et GIR 2), effectuée dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer.

Le classement du Participant en GIR 3 effectué dans le cadre de la mise en œuvre d'autres prestations dépendance comme l'APA, n'est pas déterminant de la reconnaissance de l'état de dépendance partielle, au sens du présent régime.

Les états de dépendance temporaire, d'une durée de moins de trois mois, liés notamment à une hospitalisation ou à une période de traitement ou de convalescence, ne sont pas, en tout état de cause, des états de dépendance couverts par la présente garantie.

Reconnaissance de l'état de Dépendance

Les bénéficiaires sont les Participants dans l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante, et dont la reconnaissance de l'état de dépendance est constatée par le médecin-conseil de l'OCIRP.

En cas de dépendance totale reconnue au titre de l'APA, correspondant au GIR 1 et GIR 2, la simple présentation de l'acte administratif de reconnaissance dispense de la constatation médicale par le médecin – conseil de l'OCIRP de l'état de dépendance.

En l'absence de classement suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA, ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la reconnaissance de l'état de dépendance est

constatée par le médecin-conseil de l'OCIRP, au vu du dossier de demande d'ouverture des prestations et, le cas échéant, d'une visite médicale du Participant.

En l'absence de classement dans les deux premiers groupes iso-ressources (GIR1 et GIR2), effectué dans le cadre de l'APA, ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, le Participant qui sollicite la liquidation de la prestation, ou toute personne de son entourage, adresse à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception, les pièces justificatives suivantes, précisant l'état de dépendance du Participant :

- le formulaire de demande de prestations signé du Participant ou de son représentant légal ou désigné ;
- l'imprimé type fourni (Déclaration de dépendance) par l'OCIRP et rempli par le médecin traitant ou par un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'OCIRP;
- un deuxième imprimé type (Déclaration de dépendance) établi par un autre médecin à au moins trois mois d'intervalle du premier imprimé et portant sur le même objet ;
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'OCIRP se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier.

En cas de classement du Participant dans les deux premiers groupes iso-ressources (GIR 1 et GIR 2), effectué dans le cadre de l'APA ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la demande de liquidation est effectuée auprès de l'Institution au moyen d'un dossier constitué :

- du formulaire de demande de prestations signé du Participant ou de son représentant légal ou désigné ;
- de l'imprimé type fourni (Déclaration de dépendance) par l'OCIRP et rempli par le médecin traitant ou par un médecin gériatologue, transmis sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'OCIRP ;
- de tous documents certifiant l'attribution d'une prestation dépendance par les pouvoirs publics et indiquant le groupe iso-ressources (GIR 1 ou GIR 2) ;
- d'un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

Notification de l'état de dépendance

Le médecin-conseil de l'OCIRP se prononce sur l'état de

dépendance du Participant dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande et de l'ensemble des pièces justificatives, sauf en cas de force majeure ou d'obstacles rencontrés dans l'exécution de sa mission.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le médecin-conseil de l'OCIRP aux conditions suivantes :

- un délai de trois mois minimum s'est écoulé depuis la dernière étude ;
- les pièces justificatives actualisées relatives au dossier de demande d'ouverture des prestations devront être à nouveau produites ; elles devront comporter des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé du Participant intervenue depuis la dernière demande.

Dans le cas où l'état de dépendance du Participant est reconnu par le médecin-conseil de l'OCIRP suite à un premier refus, le médecin-conseil fixe la date à laquelle le Participant est reconnu dépendant au sens de l'article « Définition de l'état de dépendance » de la présente Notice d'Information.

Procédure de conciliation

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans un délai de trois mois à compter de la notification de refus du médecin-conseil de l'OCIRP, au Participant.

À défaut, ce dernier peut demander, à nouveau, l'ouverture des prestations dans le cadre de la procédure prévue à l'article « Reconnaissance de l'état de dépendance » de la présente Notice d'Information.

Dans le cas où le Participant ou son représentant légal et le médecin traitant du Participant sont en désaccord avec la décision du médecin-conseil de l'OCIRP, ils désignent ensemble un troisième médecin sur la liste des experts auprès des Tribunaux.

À défaut d'entente sur ce choix, un médecin expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant qui statuera à la requête de la partie la plus diligente, les parties s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas lieu.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des voies de recours qui pourront être exercées. Les honoraires du troisième médecin seront supportés par le Participant si la décision prise par le médecin-conseil de l'Union-OCIRP est confirmée par le médecin expert. A contrario, les frais seront supportés par l'OCIRP si la décision prise par le médecin-conseil est infirmée. Dans ce dernier cas, le médecin expert désigné fixe la date de reconnaissance de l'état de dépendance de

l'assuré.

Évolution de l'état de dépendance du Participant

Pendant le service de la rente, le Participant ou son représentant légal ou désigné sera tenu d'informer, dans un délai de 30 jours, l'OCIRP sur l'évolution de son état de santé et notamment l'aviser de toute modification de son classement suivant la grille AGGIR ou tout autre élément équivalent, et l'informer sur toute modification de son lieu effectif de résidence, de séjour ou d'hébergement.

Lorsque l'état de dépendance du Participant est reconnu par le médecin-conseil de l'OCIRP dans le cadre de l'article « reconnaissance de l'état de dépendance », c'est-à-dire en l'absence de classement du Participant suivant la grille AGGIR, effectué dans le cadre de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, l'OCIRP peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales et contrôles jugés nécessaires permettant au médecin-conseil de l'Union de se prononcer sur la poursuite du service de la rente.

Il pourra en outre demander la communication de tout document qu'il jugerait nécessaire pour apprécier l'état de santé du bénéficiaire de la rente.

Dans ce cas, le service de la rente est suspendu en cas de refus du Participant de se soumettre aux procédures de contrôle ou aux visites médicales, ou en cas d'obstacles, mis par son représentant légal ou désigné, à la procédure d'évaluation du médecin.

Unités de dépendance viagère : valeur d'acquisition et valeur de service

Les cotisations versées donnent droit à des unités de garantie dépendance viagère attribuées aux Participants et inscrites dans des comptes individuels ouverts au nom de chaque Participant. Elles sont dénommées « unités dépendance ».

Le cumul des unités dépendance inscrites au compte de chaque Participant, sert de base à la détermination du montant garanti en cas de dépendance.

Le nombre d'unités dépendance est obtenu en divisant le montant de chaque cotisation par la valeur d'acquisition unique du point correspondant à l'âge moyen des salariés de la branche.

La valeur d'acquisition unique des unités de dépendance, basée sur l'âge moyen des salariés de la branche, est de 0,909 euros pour 2013 et les trois prochains exercices.

La valeur de service de l'unité dépendance permet de calculer, le montant de la rente en cas de reconnaissance de l'état de

dépendance du Participant, en prenant en compte le nombre total d'unités dépendance défini ci-dessus. Elle est fixée, chaque année, par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

La valeur de service du point est 1,123 euros en 2013.

Le Conseil d'administration de l'OCIRP, pour fixer annuellement la valeur de service et le barème des valeurs d'acquisition de l'unité dépendance, prend en compte les résultats des études actuarielles et financières que l'OCIRP réalise périodiquement sur les perspectives à moyen et long terme des opérations collectives et individuelles au titre de la garantie dépendance.

Prestations versées

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale (GIR 1 et GIR 2), ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article « exclusions » l'Institution verse une rente dépendance, dont le montant annuel est égal au produit du cumul des unités Dépendance inscrites au compte du Participant tout au long de son affiliation, par la valeur de service de l'unité en vigueur à la date de versement de la rente. Elle est égale à **100 % de la rente constituée**. En tout état de cause, quel que soit le nombre de point acquis, le montant de la rente versée **ne peut être inférieur à 150 euros par mois**.

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance partielle (GIR 3), ne relevant pas de l'une des exclusions décrites à l'article « exclusions », l'Institution verse une rente égale à **25 % de la rente constituée telle que définie ci-dessus**. En tout état de cause, quel que soit le nombre de point acquis, le montant de la rente versée **ne peut être inférieur à 37,50 euros par mois**.

Le bénéfice des garanties minimales est acquis au Participant tant qu'il cotise à la garantie dépendance OCIRP. Elle est notamment maintenue si le Participant choisit de maintenir sa garantie à titre individuel lorsqu'il quitte la branche pour retraite ou changement d'activité. Le Participant peut demander ce maintien d'affiliation dans le cadre d'une adhésion individuelle dans un délai de 6 mois à compter de son départ.

Délais, date d'effet et modalités de paiement de la rente

Dans le cas où l'état de dépendance est reconnu dans le cadre de l'APA ou suite à la procédure de conciliation, la rente dépendance est versée mensuellement à terme échu à compter du premier jour du mois suivant la notification de l'état de dépendance par l'OCIRP.

Le premier versement prend en compte, de manière rétroactive, les arrérages échus depuis la date d'ouverture du droit à prestation.

Lorsque l'état de dépendance est reconnu par le médecin conseil de l'OCIRP, c'est-à-dire en l'absence de classement du Participant suivant la grille AGGIR effectué dans le cadre de l'APA ou d'autres prestations légales qui pourraient s'y substituer, la date d'ouverture du droit à prestation au sens de l'alinéa précédent est fixé au premier jour du mois suivant la date du premier certificat médical visé à l'article « reconnaissance de l'état de dépendance » de la présente Notice d'Information sans pouvoir être antérieur de plus de six mois à la date du second certificat médical.

En revanche, lorsque le Participant est reconnu dépendant par le médecin conseil de l'OCIRP suite à un premier refus ou dans le cadre de la procédure de conciliation prévue à l'article « procédure de conciliation » susmentionné, la date d'ouverture du droit à prestation prise en compte pour le calcul du premier arrérage de rente est la date de reconnaissance de l'état de dépendance fixée par le médecin conseil de l'OCIRP, telle que prévue à l'article « reconnaissance de l'état de dépendance » ci-dessus ou par le médecin expert.

Pendant le service des prestations, le Participant dépendant n'acquiert plus d'Unités Dépendance.

Cessation de la prestation dépendance

La rente dépendance cesse d'être due à compter du dernier jour du mois précédant :

- le décès du bénéficiaire, sans prorata d'arrérages au décès ;
- ou la cessation de l'état de dépendance, sans préjudice pour le Participant du droit de solliciter à nouveau le bénéfice des prestations, en cas de rechute.

Dans ce cas, la procédure applicable est celle définie à l'article « reconnaissance de l'état de dépendance » de la présente Notice d'Information.

Le bénéficiaire (ou son représentant légal) doit renvoyer annuellement le certificat de dépendance adressé par l'OCIRP, dûment renseigné, accompagné d'un justificatif relatif au paiement de l'APA en cas de classement suivant la grille AGGIR. **A défaut de production, le versement de la rente dépendance est suspendu.**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

Prise d'effet et cessation des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent, pour les Participants présents dans les effectifs à cette date.

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

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

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

Disposition applicable en cas de suspension du contrat de travail

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

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

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

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

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

suspendues, **sous réserve des cas particuliers prévus ci-dessous.**

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise, à défaut la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'Institution aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du Participant dont le contrat de travail est suspendu. Les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge par l'Institution.

Cas particuliers :

- Participant en congé sans solde pour accompagnement d'un enfant ou conjoint en affection de longue durée (ALD) :

En cas de congé sans solde du Participant dont le motif est l'accompagnement du conjoint ou des enfants (tels que définis à l'article « Définition des personnes à charge ») en traitement thérapeutique suite à une affection de longue durée (ALD), l'Institution prend en charge la rémunération du Participant à hauteur **de 80 % du salaire de référence tel que défini dans la présente Notice dans la limite de 2 jours par mois, sous réserve de la fourniture par le Participant des justificatifs demandés par l'Institution.**

- Maternité :

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant le congé légal de maternité ne faisant pas l'objet d'un maintien de rémunération ou de perception d'indemnité, la Participante perçoit le complément familial dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'Information.

- Congé Parental :

En cas de congé parental ne faisant pas l'objet d'un maintien de rémunération ou de perception d'indemnité, les garanties du contrat sont maintenues au Participant sous réserve pour celui-ci de payer l'intégralité des cotisations.

L'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail ;
- d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du

maintien des garanties ; ainsi que de communiquer à l'Institution tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

Le Participant sera alors tenu :

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

- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

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

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

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail non rémunérées, les garanties sont suspendues.

► **Maintien des garanties et des prestations**

Maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : portabilité des droits

Sous réserve pour l'Adhérent d'être soumis aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties prévues au présent contrat sont maintenues au profit du Participant dont le contrat de travail est rompu dans les conditions suivantes.

Toute modification de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur.

Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profite effectivement le Participant sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation

résulte d'un motif autre que le licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN (Déclaration Sociale Nominative), il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que:

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,

- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;

- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;

- en cas de résiliation du contrat, quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la liquidation judiciaire ou la disparition de l'Adhérent.

Obligations déclaratives du Participant

Le Participant s'engage à fournir :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,

- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail, sous réserve de l'application du dernier alinéa de la présente disposition « garanties ».

Toutefois, les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L. 1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

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

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de base aux prestations est celle prévue au contrat de travail.

La désignation de bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le Participant durant sa période d'activité demeure valide.

Si le contrat comporte une garantie en cas d'Incapacité Temporaire de Travail, le Participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes payeurs confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant. L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la Notice d'Information ou la nouvelle Notice d'Information établie par l'Institution.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des Participants en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

Maintien des garanties à titre individuel

Conformément à l'article 7.2 du Chapitre 7 de l'Accord du 22 Mars 2004 qui institue le régime obligatoire applicables aux salariés

relevant de la Convention Collective Nationale des cabinets et entreprises d'expertises en automobile, les Participants bénéficiant des Allocations chômage peuvent demander le maintien de leurs garanties à l'issue de la période de portabilité prévue à l'article « Maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : portabilité des droits » (moyennant le paiement de cotisations spécifiques) ou dès la rupture du contrat de travail en cas de licenciement pour faute lourde.

Effet du maintien à titre gratuit

Le maintien prend effet à l'issue du maintien des garanties prévues à l'article « Maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : portabilité des droits » de la présente Notice d'Information ou dès la rupture du contrat de travail en cas de licenciement pour faute lourde.

Pour bénéficier de ce maintien, les Participants doivent en faire la demande à l'Institution dans les 3 mois suivant le terme du maintien des garanties du présent régime au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ou la date de rupture de son contrat de travail (en cas de licenciement pour faute lourde).

Le Participant doit fournir à l'Institution :

- l'attestation de paiement des allocations chômage ininterrompu depuis l'issue de la période du maintien de portabilité
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Garanties maintenues

Le Participant bénéficie des mêmes garanties que celles maintenues au titre du maintien des garanties du contrat au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Par dérogation à l'article « salaire de référence de la présente Notice d'Information, le salaire de référence des garanties en cas de Décès et des garanties Dépendance et Invalidité, est le salaire de référence perçu au cours des 12 derniers mois d'activité précédant le mois au cours duquel a eu lieu le départ de la société.

Pour l'application des garanties Incapacité Temporaire de Travail et Incapacité Permanente Professionnelle, le salaire de référence est limité au montant de l'Allocation chômage.

Financement

Le Participant est tenu :

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

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'Institution dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

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

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

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

La clause de revalorisation prévue à l'article « revalorisation » continue de produire ses effets tant que l'adhésion reste en vigueur.

Sort de la garantie décès en cas de cessation de l'affiliation du Participant

Sous réserve des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail du

Participant (exception faite de l'application de l'article « Maintien des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : portabilité des droits), la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution.

► Révision des cotisations et/ou des garanties

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

Modifications du régime conventionnel

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

Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

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

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

► Salaire de référence

Le salaire de référence servant de calcul des prestations, est déterminé sur la base du montant des rémunérations brutes perçues au cours des 12 mois civils précédant la date du décès ou de l'arrêt de travail, auquel s'ajoute le cas échéant le montant des gratifications, primes, commissions ou rappels versés au Participant par l'Adhérent au cours des 12 derniers mois précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité à la tranche C.

Toutefois, la rémunération de base est reconstituée à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Pour les Participants à temps partiel, le calcul des prestations est celui équivalent du salaire à temps complet reconstitué.

Si le décès survient alors que le Participant se trouve en incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité, les rémunérations mensuelles brutes retenues comme indiquées ci avant sont celles constatées à la date de l'arrêt de travail revalorisées en fonction de

l'évolution du plafond de la Sécurité sociale entre la date de l'arrêt et celle du décès.

► Revalorisation

Revalorisation du salaire de référence

Les prestations garanties sont revalorisées au 1er janvier de chaque année selon le même pourcentage d'augmentation que celui du plafond de la Sécurité sociale.

Les prestations en cours de paiement dont le fait générateur est survenu antérieurement à la date du 1er janvier, sont revalorisées au premier versement des prestations du 1er trimestre.

Les prestations versées au titre du risque dépendance sont revalorisées deux fois par an en fonction d'un coefficient déterminé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de décès intervenant après une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident, le salaire annuel brut servant de calcul au capital est revalorisé sur la base de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès.

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 au présent contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

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

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

- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

► Résiliation du contrat

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

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

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

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

Défaut de paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat pourra être résilié.

Fausse déclaration

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

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

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

Vis-à-vis du Participant

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

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

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

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), les garanties décès, sont maintenues aux Participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues au chapitre II.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence tel que défini dans la présente Notice, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

Toutefois, si le Participant a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité

par un précédent assureur, l'Institution versera ses prestations décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

► Définition des personnes à charge

Définition du conjoint

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

- le ou la conjoint(e) non divorcé(e),
- le ou la partenaire auquel le Participant est lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- le ou la concubin(e) sous réserve qu'il puisse être justifié un concubinage notoire d'au moins deux ans. La condition de durée de deux ans de vie maritale est supprimée si un enfant est né de cette union libre ou en cas d'adoption dans le couple concubin. Le ou la concubin(e) n'entre pas dans la définition de conjoint lorsque l'un ou l'autre des concubins est par ailleurs marié à un tiers ou lié par un Pacte Civil de Solidarité.

Définition des Enfants à charge

Au titre de l'ensemble des garanties et dispositions de la présente Notice d'Information, par Enfant à charge, il convient d'entendre les Enfants du Participant à charge au sens fiscal.

► Exclusions

Exclusions applicables aux garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle :

Sont exclus des garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle, les conséquences :

- de tentatives de suicide et de mutilation volontaire ;
- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de rixe, dans lesquels le Participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- de concours de vitesse, courses, matchs, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

Exclusions applicables aux garanties « Capital Décès Vie Civile » et « Invalidité Absolue et Définitive non consécutive à un accident du travail ou maladie professionnelle » :

Sont exclus des garanties « Capital Décès Vie Civile » et « Invalidité Absolue et Définitive non consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle », les situations ou les faits suivants :
- faits de guerre mettant en cause l'État français.

Exclusions applicables aux garanties « Capital Décès consécutif à un arrêt de travail ou une maladie professionnelle » et « Invalidité Absolue et Définitive consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle » :

Sont exclus des garanties « Capital Décès consécutif à un arrêt de travail ou une maladie professionnelle » et « Invalidité Absolue consécutive à un arrêt de travail ou maladie professionnelle » :

- suicide du Participant. En cas de suicide, les garanties du régime s'appliquent au terme d'un an d'affiliation de date à date.
- tentative de suicide ou mutilation volontaire en cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant,
- tremblement de terre,
- quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, mouvements populaires, guerre civile ou étrangère, émeute, rixe dans lesquels le Participant a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- accident de navigation aérienne lorsque le Participant se trouve à bord d'un avion non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote dont le brevet ou la licence est périmé, ce pilote pouvant être le Participant lui-même,
- participation du Participant à des concours de vitesse, courses, matchs, paris (y compris en cas de compétitions sportives d'amateurs),
- accident survenu sous l'emprise de boissons alcoolisées attestées par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident,
- accident survenu sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors de prescriptions médicales.

Exclusions applicables aux garanties Rente Education et Rente de Conjoint

La garantie n'est pas accordée dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du Participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive,
- en cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le Participant y prend une part active,
- en cas de guerre, pour les sinistres survenus à la suite de l'usage d'armes utilisant la fission de l'atome.

Exclusions applicables à la garantie Rente Dépendance

En ce qui concerne la garantie dépendance, sont exclues de la garantie les conséquences directes ou indirectes :

- de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, de rixes, d'actes de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger;
- de la transmutation du noyau de l'atome, directement ou indirectement ;
- de risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids, vols d'essai, vols sur prototype, vols effectués avec un deltaplane ou un engin ULM, sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente, ou avec tout autre matériel équivalent, s'ils ne sont pas homologués ;
- de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions, ou de rallyes de vitesse, ou de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie supérieur à la norme admise par la législation en vigueur.

► Recours - Prescription

Recours subrogatoire

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

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

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention

de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration 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 l'Incapacité de Travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

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

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

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

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

► Réclamations - Médiation

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

Humanis Prévoyance

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

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

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

► **Contrôle de l'Institution**

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

► **Dispositions diverses**

Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

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

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

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

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès – Allocation Décès	IAD	Double Effet Conjoint	Rente Education	Rente de Conjoint	Frais d'Obsèques	Incapacité Temporaire de Travail	Invalidité – IPP	Rente Dépendance	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X	X	X		X	X		Adhérent
Attestation de l'Adhérent indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Participants ayant des employeurs multiples)							X	X		Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X	X	X				Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'Invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident		X					X	X		Médecin
Extrait d'acte de décès	X		X	X	X	X				Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X		X	X	X					Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé			X							Mairie

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

► Obligations du Participant

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

l'Institution et en particulier :

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

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

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

► **Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle**

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

- au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail :

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

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

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

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

- au titre du risque Décès :

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

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

En effet au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Institution, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations de

la part du ou des bénéficiaires sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Institution, six mois avant l'expiration du délai précité.

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

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

► **Contrôles médicaux**

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

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

De même, le Participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Institution. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, l'Institution se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque Prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du Participant.

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

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

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

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

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le

Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Participant.

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

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

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du

contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée ci-dessus et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

► Versement des prestations décès

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

ACTIVITÉS SOCIALES : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

À qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

ANNEXE 1

► Tableau des garanties Décès

Contrat du régime de prévoyance conventionnel obligatoire n° CCN701000-A

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence
GARANTIES DÉCÈS	
<p>Invalidité Absolue et Définitive⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant dans la vie civile, il est versé le capital dont le montant est égal à : - En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est versé un capital dont le montant est égal à : 	<p>100 % (capital minimum en 2018 : 40 168 €)</p> <p>200 % (capital minimum en 2018 : 45 906 €)</p>
<p>Capital Décès⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de décès du Participant dans la vie civile, il est versé un capital dont le montant est égal à : - En cas de décès du Participant consécutif à un accident professionnel ou maladie professionnelle, il est versé un capital dont le montant est égal à : 	<p>100 % (capital minimum en 2018 : 40 168 €)</p> <p>200 % (capital minimum en 2018 : 45 906 €)</p>
<p>Double Effet Conjoint⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de décès du conjoint postérieur ou simultané au décès du Participant et avant l'âge de 60 ans ou son départ à la retraite, versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital égal à : - En cas de décès du conjoint provenant d'une même cause accidentelle indépendante de leur volonté, surviennent l'un et l'autre au plus tard dans les quatre-vingt-seize heures qui suivent le fait accidentel, versement d'un capital égal à : 	<p>100 % (capital minimum en 2018 : 40 168 €)</p> <p>200 % (capital minimum en 2018 : 45 906 €)</p>
<p>Frais d'Obsèques</p> <p>En cas de décès du Participant, versement d'une allocation dont le montant est égal à :</p>	<p>2 fois le PMSS⁽³⁾</p>
<p>Allocation Décès</p> <p>En cas de décès du Participant, versement au conjoint d'une allocation dont le montant est égal à :</p>	<p>1 000 €</p>

GARANTIES DÉCÈS

Rente Éducation

En cas de décès du Participant, il est versé une rente temporaire d'éducation OCIRP⁽²⁾ à chaque Enfant à charge au moment du décès dont le montant, annuel, est égal à :

- pour les enfants âgés de moins de 9 ans **8 %**
- pour les enfants âgés de 9 à 15 ans révolus **10 %**
- pour les enfants âgés de 16 ans et plus jusqu'au 26ème anniversaire en cas de poursuite d'études et sans limite d'âge pour les enfants reconnus invalides au sens du régime **12 %**

Si, par le décès du Participant, l'enfant devient orphelin :

Doublement du montant ci-dessus

Rente de Conjoint

En cas de décès du Participant, l'Institution verse au conjoint du Participant décédé,

- une rente viagère assurée par l'OCIRP⁽²⁾ dont le montant, mensuel est égal à : **10 %**
- et
- une rente temporaire assurée par l'OCIRP⁽²⁾ dont le montant, mensuel est égal à : **10 %**

(1) La revalorisation du capital minimum est indexée sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

(2) OCIRP – Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance - Union de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan – 75008 PARIS.

(3) PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) 2018 : 3311 €

► Tableau des garanties Arrêt de Travail

Contrat du régime de prévoyance conventionnel obligatoire n° CCN701000-A

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence
GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	
<u>Incapacité Temporaire de travail</u>	
<p>❖ En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle</p> <p><i>- Montant de la prestation</i></p> <p>Pour les Participants ayant au moins 12 mois d'ancienneté, versement d'indemnités journalières dont le montant est égal à :</p> <p><i>- Point de départ de la prestation</i></p> <p>Les Indemnités journalières sont versées dès le 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu.</p>	<p>30 % TA 80 % TB – TC</p>
<p>❖ En cas d'accident ou maladie de la vie privée</p> <p><i>- Montant de la prestation</i></p> <p>Pour les Participants quelle que soit leur ancienneté, versement d'indemnités journalières dont le montant est égal à :</p> <p><i>- Point de départ de la prestation</i></p> <p>Les indemnités journalières sont versées dès le 1^{er} jour d'arrêt de travail.</p>	<p>30 % TA 80 % TB -TC</p>
<p>❖ Complément Familial (quel que soit le nombre d'Enfant à charge)</p> <p>Pour les Participants en arrêt de travail pour cause d'accident du travail ou maladie professionnelle, ayant au moins un Enfant à charge, il est versé un complément familial dont le montant est égal à :</p>	<p>5 % TA – TB – TC</p>
<p>❖ Congé CSS pour ALD du conjoint ou d'un enfant</p> <p>Prise en charge de la rémunération du Participant dans le cadre d'un congé sans solde si le conjoint ou l'enfant est en traitement thérapeutique pour ALD⁽⁴⁾ à hauteur de :</p>	<p>80 % du salaire brut⁽⁵⁾ dans la limite de 2 jours par mois</p>

(4) ALD : Affection de Longue Durée

(5) Tel que défini dans la présente Notice d'Information

GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)

❖ **Montant de la prestation :**

- Taux d'Incapacité retenu par la Sécurité sociale < 20 % **15 %**
- Taux d'Incapacité retenu par la Sécurité sociale ≥ 20 % et < 50 % **20 %**
- Taux d'Incapacité retenu par la Sécurité sociale ≥ 50 % **30 %**

L'Incapacité Permanente Professionnelle, d'un taux supérieur à 80 % donne lieu en outre au versement anticipé des garanties en cas de décès consécutif à un accident du travail ou maladie professionnelle.

- ❖ **Complément Familial (quel que soit le nombre d'enfants à charge)** **5 %**

- ❖ **Perte d'autonomie** **10 %**

Invalidité

❖ **Montant de la prestation :**

- 1^{ère} catégorie d'Invalidité **15 %**
- 2^{ème} catégorie d'Invalidité **20 %**
- 3^{ème} catégorie d'Invalidité **30 %**

- ❖ **Perte d'autonomie** **10 %**

GARANTIE DÉPENDANCE

Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)

❖ **Montant de la prestation :**

Versement d'une rente en cas de dépendance totale reconnue par l'Institution :

100% de la rente constituée avec un minimum de 150 euros par mois

- ❖ - Versement d'une rente en cas de dépendance partielle reconnue par l'Institution:

25% de la rente constituée avec un minimum de 37.50€ par mois

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

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° Cristal **09 72 72 23 23** APPEL NON SURTAXÉ

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, Boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris