



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES
POUR JEUNES TRAVAILLEURS**

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT DE PREVOYANCE

GARANTIES PREVOYANCE

(Référéncées NI-CCN FSJT-PREV- janvier 2015)

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
MODALITES D’AFFILIATION	3
PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	4
LES GARANTIES	5
GARANTIES DECES	5
<i>Quel est l’objet des garanties ?</i>	5
1. CAPITAL DECES «TOUTES CAUSES»	5
2. INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE	5
3. RENTE EDUCATION (ASSUREE PAR L’OCIRP)	5
4. FRAIS D’OBSEQUES	6
<i>Quels sont les bénéficiaires en cas de décès ?</i>	6
GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	7
1. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	7
2. MATERNITE	9
3. INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	9
ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	11
<i>Quand débutent les garanties ?</i>	11
<i>Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail</i>	11
CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	12
FAUSSE DECLARATION	12
MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	12
<i>Maintien des garanties au titre de l’article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	13
<i>Sort des Prestations en cas de cessation de l’affiliation du participant</i>	13
<i>Sort de la Garantie Décès en cas de cessation de l’affiliation du participant</i>	14
COTISATIONS	14
<i>Paiement des cotisations</i>	14
EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	14
<i>Exonération des cotisations</i>	14
<i>Maintien des garanties</i>	14
<i>Cessation de l’exonération des cotisations et du maintien des garanties</i>	14
EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DE L’ADHESION	15
<i>Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les prestations en cours de service</i>	15
<i>Effet de la résiliation ou du non renouvellement sur les garanties décès</i>	15
SALAIRE DE REFERENCE	15
REVALORISATION	16
<i>Champ d’application</i>	16
<i>Revalorisation des Prestations</i>	16
<i>Revalorisation du salaire de référence</i>	16
<i>Plafond de revalorisation</i>	16
DEFINITION DU CONJOINT	16
DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	17
RISQUES EXCLUS	17
RECOURS – PRESCRIPTION	19
<i>Recours subrogatoire</i>	19
<i>Prescription</i>	19

RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES	19
CONTROLE	20
DISPOSITIONS DIVERSES	20
<i>Loi Informatique et Libertés</i>	20
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	21
VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
<i>Déclaration des sinistres</i>	22
<i>Obligations du participant</i>	23
<i>Délai d'envoi des dossiers : Déchéance partielle</i>	23
<i>Délai et modalités de règlement des prestations</i>	24
<i>Contrôles médicaux</i>	24
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	25

IMPORTANT

**DOCUMENT A REMETTRE
A VOTRE EMPLOYEUR**

Je soussigné(é), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de HUMANIS PREVOYANCE en application de la convention collective de notre profession.

**A _____ le _____
Signature**

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche ont instauré un régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche par le chapitre XVII de la Convention collective nationale des Organismes Gestionnaires de foyer et services pour Jeunes Travailleurs (dénommée ci-après "la Convention collective") du 16 juillet 2003.

MUTEX, Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance sont coassureurs des garanties arrêt de travail – Invalidité Absolue et Définitive et Décès. Chaque organisme assureur est engagé auprès de chaque Adhérent à hauteur de sa seule quote part.

MUTEX et Malakoff Médéric Prévoyance délègue la gestion à CHORUM.

CHORUM et Humanis Prévoyance sont par ailleurs habilitées à gérer la garantie rente d'éducation assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institution de Rente et de Prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective nationale des Organismes Gestionnaires de foyer et services pour Jeunes Travailleurs, a adhéré au contrat de prévoyance mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75014) 29 Boulevard Edga Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

L'Institution recevant l'adhésion est gestionnaire de l'ensemble des garanties (y compris celles qui sont assurées par l'OCIRP).

Vous trouverez dans cette notice les 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 Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion

MODALITES D'AFFILIATION

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés cadres et non cadres, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

Les cadres s'entendent comme le personnel affilié à l'AGIRC institué par la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Les non cadres s'entendent comme le personnel n'étant pas affilié à l'AGIRC institué par la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Les salariés en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou invalidité) ou les bénéficiaires de rente éducation en cours de service à la date d'effet de l'adhésion de l'employeur devront être déclarés à l'Institution au moyen du formulaire "déclaration de reprise de passif".

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

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

Il y précise notamment son état civil.

En lieu et place de cette déclaration l'Adhérent, peut communiquer à l'Institution, sur tout support de son choix, la liste de tous les membres du personnel entrant dans la catégorie de salariés assurée.

PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

L'INSTITUTION peut garantir au jour de la date d'effet du contrat :

✓ la revalorisation des prestations en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle que le contrat soit rompu ou non, ainsi que les rentes éducation en cours de service) et de la revalorisation de la base des garanties décès,

✓ l'indemnisation intégrale (Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Décès), en l'absence d'assureur antérieur, pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date de l'affiliation de l'Adhérent ;

✓ l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un salarié dont le contrat de travail n'est pas rompu, par un organisme assureur précédent.

Dans ce cas, l'Institution calculera la cotisation additionnelle nécessaire à la constitution des provisions correspondantes.

LES GARANTIES

GARANTIES DECES

Quel est l'objet des garanties ?

1. CAPITAL DECES «TOUTES CAUSES»

En cas de décès d'un participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé en annexe I de la présente notice d'information.

2. INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

On entend par Invalidité Permanente et Absolue le cas du participant reconnu par l'Institution et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il doit en outre être classé en invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale (article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 80% résultant du barème accidents du travail, et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas d'Invalidité Permanente et Absolue du participant, reconnue par l'Institution, celle-ci lui verse :

- le Capital Décès «Toutes Causes»,
- s'il y a lieu les Rentes Education définies ci dessous,

sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité Permanente et Absolue du participant, excepté si le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité lors de la résiliation du contrat et/ou de l'adhésion

Le capital incluant les éventuelles majorations pour enfants à charge est versé au participant à compter de la consolidation de l'Invalidité permanente et absolue.

Ce versement met fin à la garantie Capital Décès « Toutes Causes ».

3. RENTE EDUCATION (ASSUREE PAR L'OCIRP)

En cas de décès ou d'Invalidité Permanente et Absolue d'un participant, l'Institution verse à chaque enfant à charge tels que définis dans la présente notice une rente annuelle temporaire dont le montant annuel est fixé en annexe I de la présente notice.

Le montant de la rente est forfaitaire et indépendant de l'âge de l'enfant, la rente est dite constante.

Le montant de la rente éducation est doublé lorsque l'enfant est, ou devient orphelin de père et de mère.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance.

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement à l'Union-OCIRP, une déclaration sur l'honneur, avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif que l'Union-OCIRP pourrait être amenée à réclamer pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Par ailleurs, les prestations cessent d'être dues à compter du premier jour du trimestre suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause à la date de son décès.

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai de trois mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'Institution. Les prestations prennent effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès. En cas de disparition du participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

4. FRAIS D'OBSEQUES

L'Institution verse une allocation dont le montant et les conditions sont fixés en annexe I de la notice :

- au participant, en cas de décès :
 - de son Conjoint ou assimilé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
 - ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus,
- à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques du participant en cas de décès de celui-ci.

En cas de décès d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique, l'allocation est limitée aux frais d'obsèques réellement engagés.

Quels sont les bénéficiaires en cas de décès ?

CLAUSE BENEFICIAIRE CONTRACTUELLE

A défaut de désignation particulière du Bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou des Bénéficiaires avant le décès du participant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations en capital dues au titre de la garantie « Capital décès toutes causes » est (sont) :

- le conjoint survivant du participant à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès, ou le partenaire du participant lié par un PACS ou le concubin tel que défini dans la présente notice à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du Décès,
- à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux petits enfants du participant, par parts égales entre eux,
- à défaut, le père et la mère du participant, par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, aux grands parents du participant, par parts égales entre eux ou le (s) survivant (s) d'entre eux,
- à défaut, les héritiers du participant par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

MODALITES DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) 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.

Des règles spécifiques à chacune des garanties définies aux paragraphes 2 à 4 ci-dessus sont appliquées pour l'attribution de leur bénéfice.

CAS PARTICULIERS

➤ Les majorations du Capital Décès résultant de la présence d'enfants à charge au sens du contrat sont attribuées :

- au parent survivant, s'il est bénéficiaire,
- ou, à défaut, aux enfants à charge, par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal.

Si le représentant légal 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.

➤ Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le Capital Décès, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

➤ 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.

➤ En cas de décès du participant intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital ou les rentes sont versés, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :

- aux autres bénéficiaires désignés,
- ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.

GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

1. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

DEFINITION ET CONDITIONS DE GARANTIE

L'Institution verse en cas d'incapacité temporaire de travail du participant, une prestation dénommée indemnité journalière, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies au titre « Versement des prestations ».

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

- est reconnu par l'Institution, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle,
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale :
 - soit au titre de l'assurance maladie,
 - soit au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles,
- et qui n'a fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par l'Adhérent suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

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

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

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet au terme d'une période de franchise mentionné en annexe I de la présente notice.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE 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 terme de la période de 3 ans qui suit l'arrêt de travail pour les participants reconnus en état de maladie de longue durée par la Sécurité sociale,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations » ,

et en tout état de cause :

- à la veille de la date à laquelle le participant est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle),
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail. (hormis le cas des participants en situation de cumul emploi-retraite)

MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant des indemnités journalières s'obtient par application d'un taux figurant en annexe I au salaire de référence en complément des prestations servies par la Sécurité sociale et sous déduction éventuellement de la fraction de salaire versé par l'employeur.

Ce montant s'entend brut de toutes charges sociales salariales et patronales susceptibles de grever les Prestations.

CAS PARTICULIER

Pour les participants ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la Sécurité sociale, il leur sera versé des indemnités journalières calculées selon les pourcentages définies au contrat à partir d'une reconstitution théorique des prestations de la Sécurité sociale.

REGLE DE CUMUL

Le total des prestations comprenant les indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale et les indemnités journalières versées par l'Institution, doit être limité à 83 % du salaire brut d'activité précédant l'arrêt de travail, éventuellement revalorisé en application des dispositions de la présente notice d'information.

Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution pourra être réduit en conséquence, si cette limite est dépassée. Pour l'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.

RECHUTE

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux mois, d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à l'Incapacité Temporaire indemnisée par l'Institution, il n'est pas fait application de la franchise visée en annexe I de la présente notice et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

VERSEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini dans la troisième partie de la présente notice 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.

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.

2. MATERNITE

L'institution verse à toute participante pendant le congé légal de maternité prénatal et postnatal, une prestation complémentaire aux indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, calculée en pourcentage de la Tranche B de la Salaire de référence figurant en annexe I de la présente notice d'information.

La part de la Tranche B prise en compte est limitée à 1,5 fois le montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci

3. INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

DEFINITIONS ET CONDITIONS DE LA RENTE

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

Le participant est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Institution, lorsque, suite à une maladie ou un Accident constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement, dans des proportions déterminées par l'Institution.

Le participant doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par la Sécurité sociale. Pour les participants ne remplissant pas les conditions d'ouverture aux prestations en nature et en espèce de la Sécurité sociale, les prestations de la Sécurité sociale seront reconstituées de manière théorique.

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

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

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

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ou dès que le taux d'incapacité fonctionnelle est au moins égal à 66 %.

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
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66 %,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions définies au titre « Versement des prestations »,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail.

Si la rente de la Sécurité sociale est ou devient nulle, l'Institution suspend ses prestations.

MONTANT DE LA RENTE

Le montant de la rente est défini par application des taux figurant en annexe I de la présente notice au salaire de référence, selon le classement par l'Institution du participant en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides, en complément des prestations brutes versées (ou reconstituées) par la Sécurité Sociale hors majoration tierce personne.

CAS PARTICULIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

REGLE DE CUMUL.

Le total des prestations comprenant les indemnités brutes versées par la Sécurité sociale et l'indemnité brute versée par l'Institution, doit être limité à 83 % du salaire brut d'activité, éventuellement revalorisé en application des dispositions de la présente notice.

Le participant reprenant une activité partielle rémunérée et reconnu en invalidité partielle par la Sécurité sociale et/ou par le Médecin conseil de l'Institution, continue à percevoir une rente d'invalidité complémentaire à condition que la rémunération totale perçue par le participant (salaire, prestations versées ou reconstituées de la Sécurité sociale, prestations complémentaires) soit au plus égale au salaire revalorisé précédant l'arrêt de travail.

Le montant de la rente versée par l'Institution pourra être réduit en conséquence si ces limites sont dépassées.

VERSEMENT DE LA RENTE

La rente est payable mensuellement à terme échu, ou le cas échéant, selon la même périodicité que les versements de la Sécurité sociale, sur présentation du dossier complet défini dans la troisième partie de la présente notice.

La rente est versée directement au participant.

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

DISPOSITIONS GENERALES

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

Quand débutent les garanties ?

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

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

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties « arrêt de travail » sont suspendues.

Le maintien des garanties « arrêt de travail » donne lieu à paiement des cotisations prévues au contrat excepté pour le participant en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

A l'exception des participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, la rémunération brute s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire annuel brut pris en compte est celui figurant au contrat de travail.

Le participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

➤ ***Maintien gratuit des garanties Décès en cas de suspension du contrat de travail***

Les garanties Décès du contrat sont maintenues sans paiement de cotisation à tout participant dont le contrat de travail est suspendu.

CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l’application du maintien des garanties en cas de chômage total, l’affiliation du participant cesse de plein droit :

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

La cessation de l’affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve des dispositions de maintien des garanties prévues ci-après.

FAUSSE DECLARATION

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, l’adhésion au 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.

MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Maintien des garanties au titre de la « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

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

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

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

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

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

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

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès);
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- **en cas de résiliation du contrat.**

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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

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

GARANTIES

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

Le salaire de référence reste constitué par la rémunération brute définie dans les présentes Conditions Générales, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail**. La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

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

Il est instauré une franchise de 60 jours continus pour le Participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

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

FINANCEMENT

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

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

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

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

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

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

La clause de revalorisation prévue dans la notice d'information 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, la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Institution : ceci sans préjudice des stipulations concernant l'exonération de cotisation et le maintien des garanties.

COTISATIONS

Paiement des cotisations

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

Pour les participants dont l'affiliation prend effet en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la catégorie assurée. Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les participants en arrêt de travail, les indemnités journalières sont exclues de ladite assiette lorsque l'Adhérent est subrogé dans les droits du participant vis-à-vis de son régime de Sécurité sociale.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

Exonération des cotisations

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

L'exonération est :

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

Maintien des garanties

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

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

Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité tels que prévus au chapitre II,
- en cas de résiliation du contrat.

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

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'adhésion ou du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

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

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

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

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence prévue 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 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.

SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de base servant au calcul des prestations correspond au salaire de base prévu par la Convention collective complété le cas échéant de l'indemnité de passage, du complément d'ancienneté et des points professionnels des trois derniers mois d'activité précédant le début de l'arrêt de travail.

Le salaire de base servant au calcul des garanties en cas de décès correspond à douze fois le salaire mensuel déterminé ci-dessus, limité aux Tranches A et B.

Pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, le salaire de référence servant au calcul des prestations est divisée par 30.

Pour les participants titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité Sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée, le salaire de référence tel que déterminé ci-dessus est calculé sur la seule rémunération perçue au titre de l'activité salariée précédant l'arrêt de travail ou le décès.

Si la période de référence est inférieure à trois mois, le salaire de référence est calculé à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations perçues.

Toutefois, pour les participants dont le contrat de travail est toujours en cours, en temps partiel pour raison thérapeutique ou en invalidité faisant l'objet d'une reprise de passif et bénéficiant antérieurement d'un contrat de prévoyance, le salaire de référence des garanties Incapacité Temporaire de Travail est constituée par la seule fraction de rémunération perçue réellement au cours des trois mois ayant précédé le nouvel arrêt de travail dont la cause est sans rapport avec la maladie ou l'Accident à l'origine de la situation.

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul du salaire de référence sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues dans la notice d'information.

REVALORISATION

Champ d'application

Sont revalorisables :

- les prestations Rentes Education,
- les prestations Indemnités Journalières,
- les prestations Rentes d'invalidité,
- le salaire de référence, en cas de décès pour les participants bénéficiant du maintien des garanties par suite d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

Revalorisation des Prestations

Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité sont revalorisées trimestriellement suivant la variation de l'indice général trimestriel des taux des salaires horaires publié par l'INSEE et le Ministère du travail.

Pour les Rentes Education, le Conseil Administration de l'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer.

Revalorisation du salaire de référence

La revalorisation s'effectue, suivant la variation de l'indice général des taux des salaires horaires publié par l'INSEE et le Ministère du travail constaté entre la date de l'arrêt et celle du décès.

Plafond de revalorisation

Le taux de revalorisation des Prestations et du salaire de référence, tel que mentionné ci-dessus, est limité au fonds général de revalorisation de l'Institution.

DEFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

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

DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants du participant,:

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge pour les enfants, reconnus en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil..

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

RISQUES EXCLUS

RENTES EDUCATION

La garantie n'est pas appliquée 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 guerres étrangères 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 ;**
- **pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.**

GARANTIES EN CAS DE DECES (HORS RENTE EDUCATION), D'INVALIDITE ET D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès, Invalidité et Incapacité Temporaire de Travail définies dans la présente notice d'information et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les Sinistres qui résultent :

- d'accidents, de blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du participant ou du bénéficiaire,
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- des conséquences de la participation volontaire et violente du participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris,
- d'un déplacement ou d'un séjour du participant dans une des régions ou un des pays formellement déconseillé par le Ministère Français des affaires étrangères, excepté si l'Institution accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour ,
- d'un déplacement professionnel aérien simultané de plus de 10 participants, excepté si l'Institution accepte de couvrir le dit déplacement,
- d'un déplacement professionnel maritime ou terrestre de plus de 30 participants, excepté si l'Institution accepte de couvrir le dit déplacement,
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

GARANTIES EN CAS DE DECES UNIQUEMENT (HORS RENTE EDUCATION)

• Ne donnent pas lieu aux garanties Décès définies dans la présente notice d'information et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution, les Sinistres qui résultent :

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation du participant sauf s'il était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre du contrat et/ou au titre d'une affiliation au contrat souscrit antérieurement par ailleurs, si ce contrat comportait une garantie collective Décès équivalente à celle du contrat,
- du meurtre commis sur la personne du participant dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.

Le fait que l'Institution ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

RECOURS – PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties Prévoyance définies dans la présente notice 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 au bout de 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 la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, 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 1er alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

RECLAMATIONS – REGLEMENTS DES LITIGES

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

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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

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

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

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

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

CONTROLE

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

DISPOSITIONS DIVERSES

Loi Informatique et Libertés

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

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

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

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

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

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

Point de retraite AGIRC : Point servant au calcul des retraites "cadres", dont la valeur est établie par l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC).

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

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

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

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

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Déclaration des sinistres

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

L'Institution se réserve le droit de demander au participant ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par l'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 A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IPA	Rente éducation	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations	●	●	●	●	●	●	Adhérent
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	●		●	●			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'Accident					●	●	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage...) pour tout Enfant à charge âgé de plus de 18 ans	●	●	●	●			Établissement Scolaire
Extrait d'acte de décès	●		●	●			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire	●		●				Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du participant ou, en cas de décès, précisant que le participant n'était pas en arrêt de travail	●	●	●		●	●	Adhérent
Décomptes originaux de la Sécurité Sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	●	●			●	●	Sécurité Sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	●						Notaire / Mairie
En cas d'Accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	●		●	●			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		●				●	Sécurité Sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100%		●					MDPH
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	●						Bénéficiaires

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IPA	Rente éducation	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Copie intégrale du livret de famille du participant	●	●	●	●			Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités			●		●	●	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	●			●			Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	●			●			Organisme compétent
Imprimé de demande de Prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent					●	●	Adhérent

Obligations du participant

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

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

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.

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

Délai d'envoi des dossiers : Déchéance partielle

Les demandes de Prestations Invalidité accompagnées des documents justificatifs visés ci avant doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Institution dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours suivant la survenance du Sinistre ou sa connaissance par le participant ou le bénéficiaire.

Si ce délai n'est pas respecté, la date d'effet de la garantie sera fixée au jour de la réception par l'Institution de la déclaration de Sinistre ; le cachet de la poste sur le courrier de déclaration, faisant foi de cette date.

L'Institution ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive du participant.

Pour la garantie Incapacité Temporaire de Travail, la déclaration devra parvenir à l'Institution au plus tard quatre-vingt-dix jours après 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 la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'Adhérent, les Prestations ne prennent effet qu'au lendemain de cette déclaration.

Délai et modalités de règlement des prestations

L'Institution règle ses prestations de Prévoyance (notamment par virement bancaire ou postal) auprès du participant, de l'Adhérent ou du bénéficiaire, généralement dans les 15 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris.

Contrôles médicaux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

