

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU ENTREPRISES DE GÉOMÈTRES-EXPERTS, GÉOMÈTRES TOPOGRAPHES, PHOTOGRAMMÈTRES ET EXPERTS FONCIERS

Accord de Prévoyance du 13 octobre 2005

Notice d'information

« NI-CCN Géomètres – Prévoyance -2016 – maj 11-17»

VOTRE RÉGIME DE PRÉVOYANCE DÉCÈS ET ARRÊT DE TRAVAIL

Personnel affilié à l'AGIRC et Personnel non affilié à l'AGIRC

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**

SOMMAIRE

Votre régime de prévoyance	3
Les garanties en cas de décès	4
Les garanties Arrêt de travail	5
Le fonctionnement du régime	6
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	6
✓ <i>ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME</i>	6
✓ <i>ARTICLE 2 - PARTICIPANTS</i>	6
✓ <i>ARTICLE 3 - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES / CONDITIONS DE SUSPENSION</i>	6
✓ <i>ARTICLE 4 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES</i>	7
✓ <i>ARTICLE 5 - PERIODE DE COUVERTURE</i>	7
✓ <i>ARTICLE 6 - PORTABILITE DES DROITS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE</i>	7
✓ <i>ARTICLE 7 - ASSIETTE DES COTISATIONS</i>	9
✓ <i>ARTICLE 8 - REVALORISATION DES PRESTATIONS</i>	9
✓ <i>ARTICLE 9 - DÉFINITION DU CONJOINT</i>	9
✓ <i>ARTICLE 10 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE</i>	9
✓ <i>ARTICLE 11 - EXCLUSIONS</i>	10
✓ <i>ARTICLE 12 - RECOURS SUBROGATOIRE</i>	10
✓ <i>ARTICLE 13 - PRESCRIPTION</i>	10
✓ <i>ARTICLE 14 - DÉLAI ET MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS</i>	11
✓ <i>ARTICLE 15 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL</i>	11
✓ <i>ARTICLE 16 - CONTROLE – RECLAMATIONS - MEDIATION</i>	11
TITRE II – GARANTIES DECES	13
✓ <i>ARTICLE 17 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES</i>	13
✓ <i>ARTICLE 18 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES</i>	13
✓ <i>ARTICLE 19 - RENTE ÉDUCATION</i>	13
✓ <i>ARTICLE 20 - RENTE HANDICAP</i>	13
✓ <i>ARTICLE 21 - RENTE DE CONJOINT</i>	14
✓ <i>ARTICLE 22 - DÉCÈS ACCIDENTEL</i>	14
✓ <i>ARTICLE 23 - DOUBLE EFFET</i>	14
✓ <i>ARTICLE 24 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE</i>	14
➤ <i>ARTICLE 25 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS</i>	15
➤ <i>ARTICLE 26 – ALLOCATION FRAIS D’OBSEQUES</i>	15
✓ <i>ARTICLE 27 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS</i>	15
✓ <i>ARTICLE 28 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE</i>	15
✓ <i>ARTICLE 29 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE</i>	16
TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	17
✓ <i>ARTICLE 30 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL</i>	17
✓ <i>ARTICLE 31 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE</i>	17
✓ <i>ARTICLE 32 - PLAFONNEMENT DES GARANTIES</i>	18
✓ <i>ARTICLE 34 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE</i>	18
TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS	19
✓ <i>ARTICLE 35 - MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS</i>	19
✓ <i>ARTICLE 36 - OBLIGATIONS DU PARTICIPANT</i>	19
✓ <i>ARTICLE 37 - DÉLAI D’ENVOI DES DOSSIERS : DÉCHÉANCE PARTIELLE</i>	19
✓ <i>ARTICLE 38 - CONTRÔLES MÉDICAUX</i>	20
✓ <i>ARTICLE 39 - VERSEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS</i>	21
L’action sociale : une dimension humaine	22

VOTRE REGIME DE PREVOYANCE

L'Accord paritaire signé le 13 octobre 2005 entre les partenaires sociaux de la branche des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers a mis en place des garanties conventionnelles Décès et Arrêt de travail pour l'ensemble des salariés de la profession.

Votre entreprise ci-après dénommée «l'Adhérent » a adhéré au régime de prévoyance assuré par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Livre III du Titre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, dont le siège social est situé au 29 Boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, ci-après dénommée «l'Institution » afin de mettre en œuvre les garanties prévoyance prévues par la Convention collective.

HUMANIS PREVOYANCE est également gestionnaire du régime, y compris pour le compte de l'OCIRP, Organisme commun des Institutions de Rentes 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., assureur des garanties Rente éducation, Rente de conjoint et Rente Handicap.

Vous trouverez dans cette notice, la définition de ces garanties ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion

VOTRE CENTRE DE GESTION

HUMANIS PREVOYANCE

348 rue Puech Villa

B.P. 7209

34183 MONTPELLIER CEDEX 04

Tél : 09 69 39 08 33 (appel non surtaxé)

Fax : 09 69 39 08 34

LES GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

DESIGNATION DES PRESTATIONS	GARANTIES PERSONNEL AFFILIÉ OU NON A L'AGIRC		
INCAPACITÉ- INVALIDITÉ			
MAINTIEN DE SALAIRE <u>Indemnités journalières</u> A compter du 1er jour d'arrêt de du travail, en cas d'accident de travail, de trajet ou de maladie professionnelle A compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail, en cas de maladie et d'accident de la vie privée : Versement selon les durées d'indemnisation et tant que le participant fait partie de l'effectif de l'entreprise Si plusieurs absences pour maladie ou accident donnant lieu à indemnisation interviennent au cours d'une période de douze mois consécutifs, la durée totale d'indemnisation ne pourra excéder 180 jours .	Ancienneté du participant	En % du salaire de référence * Tranche A et Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale	
	Moins de 21 ans d'ancienneté	Durée d'indemnisation à 90 %	Durée d'indemnisation à 66.66 %
	De 21 ans à moins de 26 ans d'ancienneté	120 jours	Pas d'indemnisation
	De 26 ans à moins de 31 ans d'ancienneté	120 jours	20 jours
	Plus de 31 ans d'ancienneté	120 jours	40 jours
<u>Congé légal de maternité et de paternité</u> Versement de 90 % du salaire de référence * Tranche A et Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale pendant la durée légale du congé			
<u>Indemnisation des Charges sociales patronales</u> L'employeur perçoit une indemnité au titre des charges sociales patronales dues sur les prestations complémentaires.			
40 % des Indemnités journalières prévues ci-dessus			
INCAPACITÉ TEMPORAIRE (en complément et en relais du maintien de salaire) A compter du 121^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, versement à l'issue du délai de franchise ⁽²⁾ d'une indemnité égale à :	78 % du salaire de référence * Tranche A ⁽¹⁾ et 80 % du salaire de référence * Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et le cas échéant du salaire maintenu par l'employeur		
INVALIDITÉ (Maladie et accident de la vie privée du participant) ➤ 1 ^{ère} catégorie ⁽³⁾ : versement d'une rente égale à : ➤ 2 ^{ème} - 3 ^{ème} catégorie ⁽³⁾ : versement d'une rente égale à :	48 % du salaire de référence ** Tranche A et Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale 80 % du salaire de référence ** Tranche A et Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale		
INCAPACITÉ PERMANENTE (Maladie et accident de la vie professionnelle du participant) Taux d'incapacité ⁽⁴⁾ ≥ 66 % , versement d'une rente égale à :	80 % du salaire de référence ** Tranche A et Tranche B ⁽¹⁾ sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale		

(1) Par Tranche A (TA) il faut entendre la rémunération inscrite dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale fixé annuellement - Par Tranche B (TB), il faut entendre la rémunération comprise entre le montant du plafond et quatre fois ce montant

(2) Le délai de franchise est de 3 jours à compter de l'expiration des droits au maintien de salaire en cas de maladie ou en cas de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du régime maladie ou d'accident. Aucun délai de franchise n'est appliqué en cas d'accident du travail ou de trajet, reconnu comme tel par la Sécurité sociale, et sous réserve des recours contre les tiers.

(3) 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.

(4) Taux reconnu par la Sécurité Sociale

* Salaire de référence servant au calcul des prestations Indemnités Journalières

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Incapacité Temporaire est le dernier salaire total mensuel complet brut. Il sera tenu compte de la durée de travail du salarié au moment de l'arrêt ainsi que des rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes versées au cours des douze derniers mois. Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

** Salaire de référence servant au calcul des prestations Invalidité - Incapacité Permanente

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Invalidité - Incapacité permanente est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente. Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

LE FONCTIONNEMENT DU REGIME

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

✓ ARTICLE 1 – OBJET DU REGIME

La présente notice précise les conditions dans lesquelles HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, assure, conformément à la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts-fonciers, en contrepartie de cotisations, au participant une couverture en cas de décès, d'incapacité et d'invalidité.

L'Institution est gestionnaire du régime, y compris pour le compte de l'OCIRP, (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, assureur des garanties Rente éducation, Rente de conjoint et Rente handicap.

✓ ARTICLE 2 - PARTICIPANTS

L'entreprise ci-après dénommée « l'Adhérent » s'engage à affilier tous les salariés Cadres et Non Cadres sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion, ainsi que les salariés embauchés ultérieurement.

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

✓ ARTICLE 3 - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES / CONDITIONS DE SUSPENSION

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent immédiatement à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Toutefois, la garantie incapacité temporaire de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée est acquise à compter du 1^{er} jour suivant la période d'essai applicable au salarié.

Lorsque de nouveaux participants intègrent l'effectif postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ils sont couverts à compter de la date à laquelle ils remplissent les conditions pour bénéficier des garanties prévues par la Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers, sous réserve d'avoir été déclarés à l'Institution dans les trois mois suivant leur prise de fonction. Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de l'Adhérent.

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 d'un régime de prévoyance complémentaire, l'Institution prendra en charge le versement des prestations complémentaires dans les conditions prévues au titre du présent régime. Toutefois, ces dispositions sont conditionnées au paiement par l'Adhérent d'une cotisation supplémentaire si ce dernier a adhéré au-delà des délais prévus par l'accord de prévoyance.

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.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les Participants qui sont dans les cas suivants :

- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation ;
- congé pour création d'entreprise ;
- journée d'appel pour la défense, périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration de l'Adhérent.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

✓ ARTICLE 4 - CONDITIONS DE CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie,
- à la date de la suspension ou résiliation de l'adhésion souscrite par l'entreprise ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord conventionnel de prévoyance.

Dès qu'un Participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, l'Adhérent doit le signaler à l'Institution dans un délai de quinze jours suivant l'événement.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu à l'article 23 de la présente notice.

✓ ARTICLE 5 - PERIODE DE COUVERTURE

Pour ouvrir droit aux prestations, l'événement garanti doit survenir en période de couverture.

Cela signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise,
- et
- le Participant doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 2 de la présente notice.

Il est rappelé, conformément à la loi, que les prestations arrêt de travail et rentes en cours de service sont maintenues en cas de disparition de l'entreprise ou après cessation du contrat de travail du salarié indemnisé.

✓ ARTICLE 6 - PORTABILITE DES DROITS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

BENEFICIAIRES ET CONDITIONS AU MAINTIEN DES GARANTIES DU REGIME

Les Participants dont le contrat de travail est rompu ou cesse, sauf rupture consécutive à une faute lourde, et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties du régime.

Le maintien des garanties est toutefois subordonné à l'envoi par l'Adhérent à l'Institution, d'une demande de maintien pour chaque Participant concerné dans un délai maximum de 20 jours suivant la date de cessation du contrat de travail du participant. Passé ce délai, le maintien ne sera pas acquis pour le participant concerné.

DATE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT

Le maintien s'applique dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail du Participant, sous réserve de la réception, par l'Institution, de la demande de maintien dans le délai prévu ci-dessus. Il est accordé pour une durée égale à la durée de la dernière période travaillé chez l'Adhérent, appréciée par mois entiers, dans la limite de 12 mois de couverture.

SUSPENSION ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT

Le maintien des garanties est suspendu avec la reprise d'une nouvelle activité rémunérée du Participant si celle-ci donne droit à des garanties de prévoyance complémentaires. Le cumul des suspensions ne pourra excéder la durée du maintien des garanties.

En tout état de cause, le maintien des garanties du contrat cesse de plein droit :

- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs ci-après ;
- à la date à laquelle le régime n'est plus en vigueur chez l'Adhérent ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'accord conventionnel.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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

- dans les meilleurs délais, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- et pour toute demande de prestations, l'attestation mensuelle de paiement des allocations du régime d'assurance chômage de la période en cours.

GARANTIES

Le Participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail, **à l'exception de la garantie Incapacité temporaire de travail dite « Mensualisation / Maintien de salaire ».**

Les évolutions des garanties du contrat sont opposables au Participant.

Durant la période de portabilité des droits, l'adhérent s'engage à informer chaque Participant bénéficiaire de la portabilité des droits de toute modification de garanties qui interviendrait au régime en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice établie par l'Institution.

ASSIETTE DES PRESTATIONS

La base de calcul des prestations reste constituée par le salaire défini contractuellement, précédant la date de cessation du contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail.**

PLAFONNEMENT SPECIFIQUE DES PRESTATIONS INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Le total des prestations d'incapacité temporaire de travail versées par le Régime de Base, l'Institution ou tout autre organisme assureur, ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus de 100 % des allocations nettes du régime chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

FINANCEMENT

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant au Participant d'être couvert sans paiement de cotisations après la cessation du contrat de travail.

✓ ARTICLE 7 - ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'Adhérent à l'URSSAF ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées comme suit :

- Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

Les taux sont précisés au régime. L'assiette de calcul des cotisations dues au titre des garanties arrêt de travail n'inclut pas les prestations arrêt de travail versées par l'Institution.

✓ ARTICLE 8 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du salaire conventionnel, prévu par la Convention collective nationale des géomètres experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers pour les garanties arrêt de travail.

Les prestations périodiques sont revalorisées en fonction de celle du point OCIRP pour les rentes éducation, rente de conjoint et rente handicap.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation, rente de conjoint et rente handicap sera poursuivie par l'OCIRP assureur de ces garanties.

✓ ARTICLE 9 - DÉFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an dans les deux cas précités est supprimée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition donnée à l'article 10 de la présente notice, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

✓ ARTICLE 10 - DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE

Est réputé à charge du Participant, l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adopté, ainsi que celui de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint en ait effectivement la charge, c'est-à-dire s'il pourvoit à ses besoins et assure son entretien directement ou par le biais d'une pension alimentaire, à la date de l'événement couvert et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du Participant, ou de son conjoint, sauf pour les enfants de plus de 16 ans déjà immatriculés,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation, ou s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il n'est pas salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Est considéré comme à charge, l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant.

- Est considéré comme à charge, l'enfant légitime né ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant.

✓ ARTICLE 11 - EXCLUSIONS

L'Institution ne garantit pas :

- les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.

Outre les exclusions énoncées ci-dessus, il est également exclu de la garantie décès :

- le versement des prestations au bénéficiaire désigné lorsque le décès du participant a été provoqué volontairement par ce bénéficiaire et que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre. Dans ce cas, l'ensemble des prestations est versé aux autres bénéficiaires désignés et en l'absence d'autre bénéficiaire, selon l'ordre prévu à défaut à l'article 27 de la présente notice. Toutes les dispositions pourront être prises par l'Institution afin que le bénéficiaire qui a fait l'objet d'une condamnation ne puisse pas percevoir, directement ou indirectement, les prestations prévues.

✓ ARTICLE 12 - RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

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

✓ ARTICLE 13 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent 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 la 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 la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,

- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

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

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

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

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité

✓ **ARTICLE 14 - DÉLAI ET MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS**

Pour les garanties Décès et Arrêt de Travail, l'Institution effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du dossier.

Les règlements parviendront, par virement ou par chèque, à l'entreprise, au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) en fonction des garanties concernées.

✓ **ARTICLE 15 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

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

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

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

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

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

ARTICLE 16 - CONTROLE – RECLAMATIONS – MEDIATION

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

L'Institution met à la disposition de ses entreprises adhérentes et/ou de ses 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. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion
A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

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

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

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

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

TITRE II – GARANTIES DECES

✓ ARTICLE 17 - SALAIRE DE REFERENCE EN CAS DE DECES

• Concernant les Participants en activité :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes.

• Concernant les Participants en arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail, y compris les rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes. La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, selon les modalités prévues à l'article 8 de la présente notice.

• Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire annuel brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

✓ ARTICLE 18 - CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

En cas de décès du Participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé dans la présente notice.

Ce capital dépend de la situation de famille de l'assuré au moment du décès et comporte une majoration pour enfant à charge au sens du régime.

La notion «séparé» s'entend de la personne mariée ou pacsée séparée de droit ou de fait.

✓ ARTICLE 19 - RENTE ÉDUCATION

En cas de décès du Participant, l'Institution verse à chacun des enfants à charge au moment du décès une rente temporaire d'éducation, dont le montant est fixé dans la présente notice (si l'enfant est mineur : à son représentant légal).

Les rentes éducation sont versées sans limite de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Les rentes prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du Participant. Elles sont servies trimestriellement à terme échoir, au début de chaque trimestre civil.

Le service de la rente cesse au premier jour du trimestre au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions prévues à l'article 10 de la présente notice.

✓ ARTICLE 20 - RENTE HANDICAP

En cas de décès du participant, l'Institution verse à chacun des enfants handicapés à charge au moment du décès une rente handicap, dont le montant est fixé dans la présente notice.

La rente handicap est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Sont bénéficiaires de la garantie rente handicap, le ou les enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de

moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies du Code général des impôts.

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du Participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est/sont atteint(s) le/les bénéficiaire(s) potentiels.

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier notamment :

- Un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la COTOREP ou la CDES ;
- La preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et citoyenneté des personnes handicapées ;
- Un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du salarié. Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

✓ **ARTICLE 21 - RENTE DE CONJOINT**

En l'absence d'enfant à charge au moment du décès, une Rente temporaire de conjoint d'un montant fixé dans la présente notice est versée au conjoint, pour une durée maximum de 10 années et cesse d'être versée au plus tard à la liquidation de la pension vieillesse du bénéficiaire.

✓ **ARTICLE 22 - DÉCÈS ACCIDENTEL**

Le capital décès «toutes causes» est doublé en cas de décès accidentel.

L'accident se définit d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

✓ **ARTICLE 23 - DOUBLE EFFET**

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS (sous réserve des conditions prévues à l'article 9 de la présente notice), qu'il soit simultané ou postérieur au décès du Participant, l'Institution verse, par parts égales aux enfants à charge au moment du décès, un capital dont le montant est précisé dans la présente notice.

✓ **ARTICLE 24 - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DEFINITIVE**

Le capital est versé par anticipation au Participant qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive, à condition qu'il en fasse la demande, indépendamment de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente qui lui sera servie

Un participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il est reconnu :

- soit invalide 3^{ème} catégorie au titre de l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie,
- soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale au taux de 100 %, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le versement du capital met fin à la garantie décès.

➤ **ARTICLE 25 – DECES EN MISSION RAPATRIEMENT DE CORPS**

En cas de décès du Participant survenant au cours d'un déplacement professionnel en France métropolitaine (y compris Corse), l'Institution prend en charge les frais de rapatriement du corps et les frais de déplacement d'un proche du Participant (conjoint, concubin, pacsé, frère, sœur, ascendant, descendant), dont les montants sont fixés dans la présente notice.

➤ **ARTICLE 26 – ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES**

En cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis aux articles 9 et 10 de la présente notice, une allocation dont le montant est fixé dans la présente notice, est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production de la facture originale acquittée.

Le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

✓ **ARTICLE 27 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS**

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du Participant auprès de l'Institution. Le Participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé " désignation de bénéficiaire " et en le retournant à l'Institution.

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

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

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

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

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est servi dans l'ordre suivant :

- à son conjoint marié ou au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin tel que défini à l'article 8 ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses parents par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée à la personne au titre de laquelle elle a été accordée (si enfant mineur : à son représentant légal).

✓ **ARTICLE 28 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES - INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE**

Les garanties décès – invalidité absolue et définitive sont maintenues, sans cotisation, à tout Participant en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'Institution, à compter du 1er jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cet arrêt soit intervenue en période de couverture, c'est-à-dire entre la date d'effet de l'adhésion et sa date de résiliation.

Le changement d'organisme assureur est sans effet sur le maintien de la garantie décès, par l'Institution, au profit des personnes visées ci-dessus.

Dans ce cas, la revalorisation des rentes éducation continuera d'être assurée par l'OCIRP pour la couverture de cette garantie, selon les modalités prévues au premier alinéa de l'article 8 de la présente notice, conformément à l'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale et la loi no 89009 du 31 décembre 1989, modifiée par la loi no 2001-624 du 17 juillet 2001

✓ **ARTICLE 29 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE**

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

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

- La déclaration de décès (formulaire de l'Institution)
- Un extrait d'acte de décès et/ou un extrait d'acte de naissance du participant ou le cas échéant des ayants droit décédés (Allocation Obsèques)
- La photocopie recto verso de la carte d'identité du ou des bénéficiaires
- Les photocopies des bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation
- S'il y a lieu une copie du rapport de police ou du procès-verbal de gendarmerie
- Une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le(s) concernant
- La photocopie du livret de famille du participant, un certificat d'hérédité établi par le notaire, une attestation sur l'honneur de non-séparation judiciaire et de non divorce
- Un certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès du participant
- Une photocopie de dernier avis d'imposition s'il existe des enfants à charge.
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 16 ans
- Un extrait d'acte de naissance des enfants pour le versement des prestations de rentes éducation et handicap
- Un certificat médical concernant l'enfant handicapé pour le versement de la rente handicap
- Un relevé d'Identité Bancaire ou Postal du bénéficiaire pour le versement des prestations sous forme de rentes
- Pour la prestation Allocations Obsèques, un justificatif des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de douze ans.

✓ TITRE III – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

✓ ARTICLE 30 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, le Participant, l'institution verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dont le montant est fixé dans la présente notice.

Les prestations sont versées à l'Adhérent si le Participant fait encore partie de l'effectif ou directement à ce dernier dans le cas contraire.

La période de versement des prestations par l'Institution prend effet en complément et en relais des garanties de maintien de salaire au titre de la convention collective, soit à compter du 121^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et à l'issue du délai de franchise.

Le délai de franchise est de 3 jours à compter de l'expiration des droits au maintien de salaire en cas de maladie ou en cas de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du régime maladie ou d'accident. Aucun délai de franchise n'est appliqué en cas d'accident du travail ou de trajet, reconnu comme tel par la Sécurité sociale, et sous réserve des recours contre les tiers. Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité Sociale, les indemnités définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

La prestation pourra être suspendue en cas de fraude avérée ou de contre visite médicale niant la nécessité de l'arrêt.

SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Incapacité Temporaire est le dernier salaire total mensuel complet brut.

Il sera tenu compte de la durée de travail du salarié au moment de l'arrêt ainsi que des rémunérations variables telles que les commissions, gratifications et primes versées au cours des douze derniers mois.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Le service des prestations, au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale et cesse à la survenance d'un des évènements suivants :

- dès que le Participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date de reconnaissance par le régime de base d'un état d'incapacité permanente ou d'invalidité ;
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

✓ ARTICLE 31 - INVALIDITÉ / INCAPACITE PERMANENTE

DEFINITION DES GARANTIES

En cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 66%, ou en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale (maladie ou accident de la vie privée) en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, l'Institution verse au Participant une prestation dont le montant est fixé dans la présente notice, en fonction du seuils d'invalidité ou du taux d'incapacité.

La rente prend effet à la date à laquelle le Participant est reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale (date d'effet de la notification). Le paiement de cette rente est effectué mensuellement à terme échu sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité sociale.

Dans le cas des salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures ouvrant droit aux prestations de la Sécurité sociale, les rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

SALAIRE DE REFERENCE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE

Le salaire référence servant au calcul des prestations Invalidité – Incapacité permanente est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon les modalités prévues à l'article 8 de la présente notice, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité ou en incapacité permanente.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12^{ème} de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches A et B.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITE

Les prestations de l'Institution sont versées aussi longtemps que le Participant perçoit une rente de la Sécurité sociale.

Le versement cesse d'être versé à la survenance d'un des évènements suivants :

- à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale (pour la garantie invalidité) ;
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 66 % (pour la garantie incapacité permanente) ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude au travail, sous réserve de modification des dispositions légales concernant les pensions de retraite des invalides.

✓ ARTICLE 32 - PLAFONNEMENT DES GARANTIES

Disposition applicable aux garanties « Arrêt de travail » du titre III.

En tout état de cause, le cumul des indemnités perçues mensuellement pour maladie ou accident au titre du régime général de la Sécurité sociale, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnisations chômage, et des indemnités ou rentes complémentaires versées au titre du présent régime, toutes ces sommes étant considérées en net, ne pourra pas conduire à verser au salarié une somme supérieure au salaire net qu'il aurait touché s'il avait continué à exercer son activité. Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3^{ème} catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation due par l'institution est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au salarié indemnisé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Les Participants doivent fournir à l'Institution toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le salarié refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

✓ ARTICLE 33 - FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

INDEMNITES JOURNALIERES

Ces pièces doivent être envoyées dans un délai de 30 jours suivant le début de l'arrêt.

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution),
- Les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- Le certificat médical initial d'arrêt de travail,
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations,

En cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

RENTES

- La déclaration d'arrêt de travail (formulaire de l'Institution),
- La notification d'attribution de pension ou de rente d'invalidité permanente, émanant de la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits,
- Le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité sociale,
- Les photocopies de bulletins de salaire correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations,
- Un RIB du bénéficiaire,
- En cas d'invalidité 1ère catégorie ou d'incapacité de travail, une attestation du Pôle Emploi si le participant est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.

TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS

✓ ARTICLE 34 - MODALITÉS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour les garanties Décès et Arrêt de Travail, l'Institution effectue le règlement de la prestation dans les 15 jours suivant la constitution complète du dossier et après réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du dossier.

Les règlements parviendront, par virement ou par chèque, à l'entreprise, au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) en fonction des garanties concernées.

✓ ARTICLE 33 - 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.

✓ ARTICLE 34 - 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.

✓ ARTICLE 35 - 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.

✓ **ARTICLE 36 - 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.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

A QUI S'ADRESSER

HUMANIS

Service Social

N° Cristal 09-72-72-23-23

Appel non surtaxé