



Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial

NOTICE D'INFORMATION

« REGIME DE PREVOYANCE »

(Référencées « NI-CCN TSF- prévoyance-2017 »)

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS.....	3
GARANTIES	5
CHAPITRE I – GARANTIES DECES	5
INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE	5
CAPITAL DECES	5
DOUBLE EFFET CONJOINT	6
RENTES EDUCATION	6
ALLOCATION OBSEQUES	7
CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL	7
INCAPACITE DE TRAVAIL	7
INVALIDITE-INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	8
REGLE DE CUMUL	9
DISPOSITIONS GENERALES	10
ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	10
CESSATION DES GARANTIES	10
MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	10
SALAIRE DE REFERENCE	12
REVALORISATION	12
REVALORISATION POST MORTEM	13
RISQUES EXCLUS	13
DEFINITION DU CONJOINT	14
DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE	14
REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’ORGANISME ASSUREUR	14
RESILIATION DU CONTRAT	15
RECOURS SUBROGATOIRE	16
PRESCRIPTION	16
RECLAMATIONS - MEDIATIONS	16
CONTROLE DES ORGANISMES ASSUREURS	17
DISPOSITIONS DIVERSES	17
CONDITIONS DE VERSEMENTS DES PRESTATIONS	18
DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	22
LES GARANTIES EN CAS DE DECES	23
LES GARANTIES EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL	24

PREAMBULE

Les Partenaires sociaux de la Convention collective nationale du Tourisme Social et Familial (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 17 novembre 2016, instaurant un régime de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

Votre employeur relevant de la Convention Collective, ci-après dénommé « le souscripteur », a souscrit un contrat collectif de prévoyance afin de garantir à titre obligatoire son personnel cadre et non cadres auprès des organismes co-recommandés suivant :

- **Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110, Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris ;
- **Mutex**, Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des Assurances ;

Pour les prestations Capital Décès/IAD, Double effet conjoint, Allocation Obsèques, Incapacité temporaire de travail, Invalidité-Incapacité permanente professionnelle,

- **L'OCIRP**, Organisme commun des Institutions de Rente et de Prévoyance – Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan -75008 Paris.

Pour les prestations Rentes éducation (rente éducation, rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge, rente orphelin et rente enfant handicapé).

Humanis Prévoyance et Mutex sont par ailleurs habilités à gérer les garanties rentes éducation 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 employeur ou directement à votre centre de gestion.

PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la Loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la Loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès de l'Organisme assureur recommandé sont garantis à la prise d'effet du régime de prévoyance prévu par l'accord du 17 novembre 2016, pour les prestations suivantes :

Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement un contrat d'assurance collective du régime de Prévoyance

Pour les entreprises ayant souscrit antérieurement le contrat d'assurance collective du régime de Prévoyance mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion ou le cas échéant des conditions particulières, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès de l'Organisme assureur bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues par ce contrat.
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues par le contrat du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit.
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès des Organismes assureurs recommandés, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues par ce contrat.

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

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat d'adhésion ou le cas échéant des conditions particulières, et titulaires d'une rente d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre Organisme assureur bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues par ce contrat,
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues par le contrat du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit.
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du présent contrat de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues par ce contrat.

Pour les entreprises n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collective sous l'ancien régime de prévoyance

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat d'assurance y compris en cas de changement d'état médical,

Le changement médical s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire à l'invalidité,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité.

GARANTIES

CHAPITRE I – GARANTIES DECES

INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Définition de la garantie

Lorsque l'assuré est reconnu, avant la liquidation de sa pension vieillesse, en état d'invalidité absolue et définitive, l'Organisme assureur lui verse un capital.

On entend par Invalidité Absolue et Définitive, le cas de l'assuré reconnu par l'Organisme assureur 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 100% résultant du barème accidents du travail, et bénéficié de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale).

En cas Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, reconnue par l'Organisme assureur, celui-ci lui verse :

- le Capital Décès « Toutes Causes »,
- s'il y a lieu les Rentes Education,
- et, s'il y a lieu, le capital « substitutif »,

sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'Invalidité Absolue et Définitive, excepté si l'assuré se trouve dans une situation telle que définie à l'article « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat » de la présente notice d'information.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article « Capital Décès ».

Montant de la garantie

Le Montant du capital est défini par application des taux figurant en annexe I de la présente Notice d'information.

CAPITAL DECES

Objet de la garantie

En cas de décès de l'assuré, l'Organisme assureur verse aux bénéficiaires un capital dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'Information.

Bénéficiaires

Désignation contractuelle de bénéficiaire (clause type, à défaut de désignation particulière):

A défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, ou en cas de décès du ou de(s) bénéficiaire(s) avant le décès du salarié, le(s) bénéficiaire(s) du Capital décès sont :

- le conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement. Il est assimilé au conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement, le partenaire auquel le salarié est lié par un Pacte Civil de solidarité.
- à défaut le concubin sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent à savoir qu'un enfant reconnu

des deux parents est né de l'union, à défaut, qu'il doit être prouvé une période préalable de deux ans de vie commune,

- à défaut, aux enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,
- à défaut, à ses petits-enfants,
- à défaut, à ses parents, par parts égales,
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales,
- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Désignation particulière de bénéficiaire :

Au moment ou au cours de son affiliation, le salarié 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'Organisme assureur. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Organisme assureur 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 salarié, naissance...).

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

DOUBLE EFFET CONJOINT

En cas de décès du conjoint simultanément ou postérieurement à celui du salarié, l'Organisme assureur verse aux enfants à charge, ou à son représentant légal, un capital dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'information, réparti par parts égales entre eux.

RENTES EDUCATION

Objet de la garantie

- Rente éducation :

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive du salarié, l'Organisme assureur verse à chaque enfant à charge, ou à son représentant légal si ce dernier n'a pas atteint la majorité, une rente temporaire dont le montant est fixé en annexe I de la présente Notice d'Information.

- Doublement de la rente éducation :

Lorsque les enfants à charge de l'assuré deviennent orphelins des deux parents au jour du décès du salarié, l'Organisme assureur leur attribue un doublement de la rente temporaire d'éducation dont le montant est fixé en annexe I de la présente Notice d'Information.

- Rente enfant en état de handicap :

Si l'enfant à charge est reconnu en état de handicap au jour du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré, l'Organisme assureur lui verse une rente viagère dont le montant annuel figure en annexe I de la présente Notice d'information.

Cette rente est versée au bénéfice de chaque enfant à charge en état de handicap atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal et ce, par référence à l'article 199 septième du Code Général des Impôts.

- Rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge :

Si l'assuré est sans enfant à charge au jour du décès, l'Organisme assureur verse :

- en cas de décès de l'assuré, une rente substitutive de la rente éducation au conjoint du salarié,
- en cas d'Invalidité Absolue et définitive de l'assuré, une rente substitutive de la rente éducation à l'assuré.

Point de départ de la prestation

Il est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois qui suit la reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive.

Versement de la prestation

La rente éducation et la rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge sont versées par quart, trimestriellement, d'avance.

La rente enfant en état de handicap est versée trimestriellement ou annuellement d'avance.

Cessation des prestations

La rente éducation, le doublement rente éducation, la rente enfant en état de handicap cessent :

- au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge,
- à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

La rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire,
- à la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

ALLOCATION OBSEQUES

Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, ou d'un enfant à charge de plus de douze ans tels que définis à la présente Notice d'information, l'Organisme assureur verse une allocation à la personne qui a engagé et réglé les obsèques, sur production d'un justificatif.

Cette couverture est donc supprimée pour les enfants mineurs âgés de moins de douze ans. Par ailleurs, aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès éventuellement prévues par le contrat, si le défunt assuré est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

Montant de la garantie

Le montant de l'allocation est défini en annexe I de la présente Notice d'information.

CHAPITRE II – GARANTIES ARRET DE TRAVAIL

INCAPACITE DE TRAVAIL

Définition de la garantie

L'Organisme assureur verse en cas d'Incapacité Temporaire de Travail du salarié, une indemnité journalière complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale, dont le montant figure en annexe I de la présente Notice d'information.

Pour les salariés n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale, les indemnités journalières complémentaires seront calculées en complément d'une Prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

Point de départ de la prestation

Ces indemnités journalières complémentaires sont versées au salarié à l'issue d'une période de franchise mentionnée au tableau des garanties figurant en annexe I de la présente Notice d'information.

Cessation des prestations

Le versement des Indemnités journalières complémentaires cesse :

- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- dès que l'assuré reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la veille de la date à laquelle l'assuré 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 salariés en situation de cumul emploi-retraite)
- en tout état de cause au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,

Salarié en situation de temps partiel thérapeutique

Le salarié en situation de temps partiel thérapeutique sera indemnisé par l'Organisme assureur.

Il sera fait un calcul entre le salaire que reçoit l'assuré en tant que travailleur actif et l'indemnité qu'il reçoit en tant que salarié en arrêt total d'activité pour raison de santé.

Le montant de l'indemnité totale reçu par l'assuré en état de temps partiel thérapeutique sera calculé sur la base du prorata entre les deux montants ci-dessus calculés au prorata de son taux d'activité.

L'ensemble des sommes perçues à divers titres (salaires, indemnités journalières de la Sécurité sociale, indemnités journalières du régime de prévoyance) soit au plus égal au salaire mensuel revalorisé perçu par le salarié dans la période précédant l'arrêt de travail.

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'Organisme assureur, il n'est pas fait application de la franchise précisée en annexe I de la présente Notice d'information, et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

Versement des indemnités journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini à l'article 33 des présentes Conditions Générales comportant notamment les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'Organisme assureur. L'entreprise est dispensée de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'Organisme assureur.

INVALIDITE-INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Définition de la garantie

L'assuré est considéré en « invalidité » si, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, il se trouve dans l'impossibilité physique, totale ou partielle, reconnue par l'Organisme assureur ou par la Sécurité sociale, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession similaire lui procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1 095^{ème} jour suivant son arrêt de travail.

L'Organisme assureur complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après, visées à l'article L341.4 du code de la Sécurité sociale :

- 1ère catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
- 2ème catégorie : Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque
- 3ème 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.

En cas d'Incapacité Permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle au taux minimum de 33 %, l'assuré bénéficie d'une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale dont le montant figure en annexe I de la présente Notice.

Si le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est compris entre 33 % et 66 %, le montant de la rente prévu pour la 2ème catégorie d'invalides est affecté du coefficient minorant de $3N/2$ (N étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

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

Cessation des prestations

Le versement de la rente cesse :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale (pour la garantie invalidité) ou une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33 % (pour la garantie incapacité permanente professionnelle),
- à la date de liquidation de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude de travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite).
- à la date du décès de l'assuré

REGLE DE CUMUL

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, les Organismes assureurs co-recommandés ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement (tel les prestations du régime d'Assurance Chômage), ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité. Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale au titre de l'assistance d'une tierce personne n'entre pas dans le calcul de la règle de cumul. En cas de dépassement, la prestation servie par l'Organisme assureur, pourra être réduite en conséquence.

DISPOSITIONS GENERALES

ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES –SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet d'affiliation de l'assuré au contrat.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

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

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

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

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

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

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

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat collectif du régime de prévoyance conventionnel cessent :

- soit à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.), sous réserve de l'application de l'article Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf si l'assuré se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur ;
- soit à la date d'effet de la radiation de l'adhésion de l'entreprise acceptée par l'Organisme assureur, consécutive notamment au changement du secteur d'activité ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation de l'accord conventionnel de prévoyance.

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 l'assuré d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le salarié sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du salarié 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'Organisme assureur tient à la disposition du souscripteur 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 salarié cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail. Il incombe au souscripteur d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré 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. Lorsque ces contrats de travail sont consécutifs chez ce même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail. 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 salarié 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 d'adhésion ou des Conditions particulières de l'entreprise, quel qu'en soit le motif, ou la disparition du souscripteur.

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

Obligations déclaratives

L'entreprise doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié ; En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le Pôle Emploi, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au Pôle Emploi.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur. 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 servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droits du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré. Le souscripteur s'engage à informer l'assuré 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'Organisme assureur.

Financement

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

Sort des prestations en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Les prestations servies en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité en cours de service, à la date de cessation des droits de l'assuré sont maintenues dans leur montant atteint à cette date dans les limites des garanties correspondantes telles que définies en annexe I de la présente Notice d'information.

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

La clause de revalorisation prévue dans la présente notice d'information continue de produire ses effets tant que le contrat reste en vigueur.

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

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 salarié (exception faite de l'application de la portabilité prévue à la présente Notice d'information), la couverture Décès cesse d'être garantie par l'Organisme assureur.

SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales perçu au cours des 12 mois civils ayant précédé le sinistre (décès, reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive, arrêt de travail) y compris les rémunérations variables, commissions, gratifications et primes.

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales 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 de leur montant.

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

On entend par :

- Tranche A : la partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B : la partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

REVALORISATION

La revalorisation des prestations est effectuée en fonction de l'évolution :

- de la valeur du point OCIRP pour les rentes éducation (rente éducation, doublement de la rente éducation, rente enfant en état de handicap, et la rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge) assurées par l'OCIRP,

- de la valeur du point ARRCO pour les indemnités journalières et les rentes d'invalidité.

REVALORISATION POST MORTEM

En cas de décès du salarié (ou de décès du conjoint assuré pour la seule garantie Double Effet Conjoint), le versement par l'Organisme assureur du capital forfaitaire ou de l'allocation forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies à la présente Notice d'information. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

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

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

RISQUES EXCLUS

Exclusions applicables aux garanties Décès :

- Le risque de suicide est couvert pour tout assuré sauf suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation de l'assuré à moins qu'il était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre d'une affiliation à un contrat souscrit antérieurement par ailleurs comportant une garantie collective Décès équivalente.
- Les accidents, blessures, mutilations ou maladies qui résultent du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire.
- Le Bénéficiaire qui a été condamné, par une décision de justice devenue définitive, pour avoir été l'auteur ou le complice de la mort de l'assuré est déchu du bénéfice des garanties décès. Les garanties seront toutefois versées aux autres Bénéficiaires désignés sous déduction de la quote-part du (des) bénéficiaires à l'origine du fait intentionnel, ou aux autres bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.
- les conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestation sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris.
- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, la garantie n'aura d'effet que si l'assuré n'y prend pas 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.
- Les risques résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome sont exclus (fission ou fusion nucléaire, ou radioactivité).

Exclusions applicables aux garanties Incapacité de Travail et Invalidité-Incapacité Permanente :

Ne donnent pas lieu aux garanties Incapacité de Travail et Invalidité- Incapacité Permanente et n'entraînent aucun paiement à la charge des Organismes assureurs :

- Les accidents, blessures, mutilations ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants, de produits toxiques ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales.
- Les conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris.
- Les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires.
- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, la garantie n'aura d'effet que si l'assuré n'y prend pas 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.
- Les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre).
- Lorsque l'assuré prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, courses de vitesse, matches, paris, concours, démonstrations, acrobaties ou essais (organisés dans un cadre officiel ou privé), comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens.
- La pratique de sports à titre professionnel.

- Les conséquences résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome (fission ou fusion nucléaire, ou radioactivité) sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

DEFINITION DU CONJOINT

Sont considérés comme conjoint au titre du présent contrat :

- Le conjoint de l'assuré légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- Le concubin de l'assuré, conformément à l'article L.515-8 du Code Civil. Le concubin et le salarié doivent tous les deux être célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, et qu'il soit prouvé une période d'un an de vie commune et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
- Le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés à charge de l'assuré, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, et 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 centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, 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 du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation et sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin(e) ou du partenaire lié par un PACS de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant (si le souscripteur a souscrit auprès de Mutex) ou d'une lettre avenant (si le souscripteur a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) adressé au souscripteur par l'Organisme assureur.

Modifications du régime conventionnel

Toute modification qui pourrait résulter des décisions prises par les partenaires sociaux, formalisée par voie d'avenant à l'accord, s'applique de plein droit à la date d'effet prévue par ledit avenant. Elle sera opposable après information et remise à l'entreprise d'un avenant (si le souscripteur a souscrit auprès de Mutex) ou d'une lettre avenant (si l'entreprise a souscrit auprès d'Humanis Prévoyance) et de la Notice d'information modifiée.

Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

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

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

RESILIATION DU CONTRAT

Outre la faculté pour le souscripteur de résilier annuellement, le contrat peut être résilié dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le souscripteur, le contrat pourra être résilié.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur ou d'un assuré susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Organisme assureur, alors même que le Risque omis ou dénaturé par le souscripteur ou par un assuré a été sans influence sur la réalisation du Risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Organisme assureur et les Prestations versées feront l'objet d'un remboursement par l'assuré.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin aux garanties sous réserve des stipulations ci-dessous.

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

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

La poursuite de la revalorisation des Prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive du souscripteur qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

L'Organisme assureur ne saurait être responsable du manquement du souscripteur à cette obligation légale.

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Décès, à l'exception de la garantie Double Effet conjoint, sont maintenues aux assurés 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-Incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.

Les Prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du Sinistre (Décès) et la revalorisation du salaire de référence, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement du contrat.

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

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

Par ailleurs, les organismes assureurs pourront proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

RECOURS SUBROGATOIRE

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

L'Organisme assureur 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'Organisme assureur n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

PRESCRIPTION

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'Organisme assureur 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 du souscripteur, de l'Assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Organisme assureur 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 le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

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

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

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

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

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 - MEDIATIONS

L'Organisme assureur met à la disposition du souscripteur et des assurés la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application de la présente notice, à l'adresse suivante :

- **Pour Humanis Prévoyance :**

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

A compter de la réception de la réclamation, Humanis Prévoyance 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, Humanis Prévoyance 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 Humanis Prévoyance et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, l'assuré, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, Humanis Prévoyance, peuvent saisir le Médiateur de la Protection Sociale, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la Protection Sociale
10 rue Cambacérés – 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.

- **Pour Mutex :**

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur et les assurés peuvent s'adresser aux services de gestion de Mutex.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 Chatillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

Mutex met à la disposition de ses assurés et leur ayant droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
Ou par Internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutex.fr>.

CONTROLE DES ORGANISMES ASSUREURS

Les Organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

DISPOSITIONS DIVERSES

32.2 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion et de l'exécution du présent 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 les Organismes assureurs ainsi qu'aux partenaires desdits Organismes assureurs en charge d'activité confiées par ces

derniers. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment.

Conformément aux dispositions légales précitées, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant leurs données à caractère personnel ainsi qu'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après leur décès à exercer :

- Pour Humanis Prévoyance :

- par courrier à Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex.
- par courriel à contact-cnil@humanis.com

- Pour Mutex :

- par courrier au Correspondant Informatique et Libertés de Mutex – 125 avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

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

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant l'Organisme assureur, le souscripteur au groupe.

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

32.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

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

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire, cette inscription n'interdit pas à l'Organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Organisme assureur, à l'adresse mentionnée à l'article « Protection des données à caractère personnel », à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

CONDITIONS DE VERSEMENTS DES PRESTATIONS

Déclaration des Sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous Bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des Prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré 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 ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur (Rente orphelin ou rente enfant handicapé, ...).

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'Organisme assureur 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	IAD	Double effet Conjoint	Rentes éducation	Incapacité temporaire de travail	Invalidité-IPP	Allocation obsèques	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
Photocopie des bulletins de salaire correspondant à la base des Prestations (lorsque les Prestations versées sont exprimées en % de la base des Prestations)	X	X	X	X	X	X		Souscripteur
Attestation du souscripteur indiquant la Rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la Rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les assurés ayant des employeurs multiples)					X	X		Souscripteur
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré (et éventuellement de ceux du Conjoint et assimilé ou du Bénéficiaire)	X	X	X	X		X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X				Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'Accident					X	X		Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité Sociale...) pour tout Enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X			X	Établissement Scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X			X	Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire	X		X	X				Mairie
Extrait d'acte de naissance établi au nom du Conjoint décédé			X					Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail de l'assuré ou, en cas de décès, précisant que l'assuré n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X	X		Souscripteur
Décomptes originaux de la Sécurité Sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X			X	X		Sécurité Sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X		X					Notaire / Mairie
En cas d'Accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X			X	TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X				X		Sécurité Sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie,		X						MDPH

CONSTITUTION DES DOSSIERS POUR L'OUVERTURE DES DROITS A PRESTATIONS EN CAS DE ...	Décès	IAD	Double effet Conjoint	Rentes éducation	Incapacité temporaire de travail	Invalidité-IPP	Allocation obsèques	ORGANISME DELIVRANT LES PIECES
ou d'incapacité permanente d'un taux d'au moins 80%								
Copie de la pièce d'identité du Bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille de l'assuré	X	X	X	X			X	Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X	X		Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X				X	Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X		X				X	Organisme compétent
Imprimé de demande de Prestations fourni par l'Organisme assureur dûment complété par le souscripteur					X	X		Souscripteur
Justificatifs du bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et/ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)				X				CAF ou MSA

Obligations de l'assuré

L'assuré s'engage à informer, sans délai, l'Organisme assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les Prestations versées par l'Organisme assureur 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 l'assuré perçoit un salaire du souscripteur et d'autres employeurs, l'assuré doit communiquer à l'Organisme assureur le montant exact de la Rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

A défaut, l'Organisme assureur se réserve le droit de suspendre ses Prestations.

Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

Les demandes des prestations incapacité temporaire de travail doivent être demandées dans un délai maximum de 90 jours pour Humanis prévoyance et de 6 mois pour Mutex suivant la survenance de la date d'arrêt de travail.

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Organisme assureur 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'Organisme assureur, les prestations périodiques ne prennent effet au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicables le cas échéant.

Les demandes de prestations décès/IAD, rente éducation, double effet conjoint, allocation obsèques et

invalidité-incapacité permanente accompagnées des documents justificatifs visés ci avant doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Organisme assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance du sinistre ou sa connaissance par le salarié ou le bénéficiaire.

Si le bénéficiaire est distinct du salarié, 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'Organisme assureur, 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'Organisme assureur, six mois avant l'expiration du délai précité.

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

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

Contrôles médicaux

L'Organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical de l'assuré 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.

Les médecins missionnés par l'Organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la Prestation en cours de service, un libre accès auprès de l'assuré 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, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Organisme assureur. Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, l'Organisme assureur 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 de l'assuré.

Les décisions de l'Organisme assureur, 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 à l'assuré 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'Organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'assuré, l'assuré et l'Organisme assureur 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 de l'assuré.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose à l'assuré et à l'Organisme assureur 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 d'Humanis Prévoyance, le souscripteur peut donner mandat à Humanis Prévoyance pour diligenter en son nom et pour son compte des contre-visites médicales, à l'encontre d'un assuré, 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 au souscripteur.

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée ci-dessus et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

Versement des prestations décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Organisme assureur 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.

DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'un régime collectif de prévoyance complémentaire, votre Convention collective institue un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant au titre des prestations à caractère non directement contributif, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, I du Code de la Sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, à 2 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre des garanties du régime de prévoyance obligatoire complémentaire.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

CONTRAT DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE CCN503000

ANNEXE I - GARANTIES

LES GARANTIES EN CAS DE DECES

DESIGNATION DES PRESTATIONS	GARANTIES	
	Personnel non Cadre (salarié ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de 1947)	Personnel Cadre (salarié relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN de 1947)
<p><u>DECES- INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE DE L'ASSURE TOUTES CAUSES</u></p> <p>En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré versement d'un capital égal à :</p>	100 % TA- TB	200 % TA -TB
<p><u>DOUBLE EFFET CONJOINT</u></p> <p>En cas de décès du conjoint ou assimilé postérieur ou simultané au décès de l'assuré :</p>	100 % TA - TB	200 % TA - TB
<p><u>RENTE EDUCATION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Rente éducation : En cas de décès de l'assuré, il est versé une rente temporaire d'éducation OCIRP à chaque enfant à charge au moment du décès d'un montant annuel égal à : <p>Jusqu'au 21^{ème} anniversaire (ou 26^{ème} anniversaire si poursuite d'études, apprentissage, formation professionnelle en alternance, inscription auprès de l'assurance chômage).</p> 	11 % TA – TB (avec un minimum de 1700 € par an)	
<ul style="list-style-type: none"> Doublement de la Rente éducation : Lorsque l'enfant à charge devient orphelin des deux parents au jour du décès du salarié : 	Doublement de la rente éducation	
<ul style="list-style-type: none"> Rente enfant en état de handicap Lorsque l'enfant à charge est en état de handicap au moment du décès de l'assuré, versement d'une rente viagère d'un montant mensuel égal à : 	500 €	
<ul style="list-style-type: none"> Rente de conjoint substitutive en cas d'absence d'enfant à charge : Pour l'assuré n'ayant pas d'enfants à charge, il est versé une rente temporaire pendant 5 ans au conjoint survivant tel que défini dans la présente Notice d'information. Cette rente temporaire est égale à : 	7 % TA – TB (avec un minimum de 1000 € par an)	
<p><u>ALLOCATION OBSEQUES</u></p> <p>En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou de son enfant à charge de plus de 12 ans, versement au bénéficiaire de la prestation :</p>	105 % du PMSS ⁽¹⁾	

(1) Montant PMSS au 1er Janvier 2017 : 3269 €

LES GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

DESIGNATION DES PRESTATIONS	GARANTIES
<p><u>INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> En cas d'accident ou de maladie non professionnels : Versement, à l'issue d'une franchise de 90 jours discontinue, d'une indemnité égale à : 	30 % TA + 80 % TB
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : Versement, à l'issue d'une franchise de 90 jours discontinue, d'une indemnité égale à : 	21 % TA - TB
<p><u>INVALIDITE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> En cas d'invalidité de 1ère catégorie⁽¹⁾ : Versement d'une rente égale à : 	18 % TA + 48 % TB
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie⁽¹⁾ : Versement d'une rente égale à : 	30 % TA + 80 % TB
<p><u>INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'incapacité N < 33 %, Versement d'une indemnité journalière égale à : 	-
<ul style="list-style-type: none"> Taux d'incapacité N compris entre 33 % et 66 %, Versement d'une indemnité journalière égale à : 	(30 % TA + 80 % TB) x (3 N/2)
<ul style="list-style-type: none"> Taux d'incapacité N ≥ 66 %, Versement d'une indemnité journalière égale à : 	30 % TA + 80 % TB

- (1) 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.