

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU COMMERCE SUCCURSALISTE DE LA CHAUSSURE

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION

au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire

Personnel Non Cadre et Personnel Cadre

1^{er} janvier 2022

IMPORTANT

Informations à compléter par le souscripteur (l'employeur)
avant remise de la notice d'information au salarié

Catégorie assurée

personnel Non-Cadre

Salariés ne relevant ni des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et ni de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

personnel Cadre y compris article 36

Salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 Mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Il faut entendre le régime AGIRC (Association Générales des Institutions de Retraite des Cadres) tel qu'il existait au 31 décembre 2018.

Sommaire

LEXIQUE 6

PREAMBULE	10
TITRE 1. DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT.....	11
1.1. OBJET DU CONTRAT.....	11
1.2. TERRITORIALITE.....	11
1.3. CONDITIONS DE REPRISE DES ENCOURS A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	11
TITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT	13
2.1. Conditions et formalités d’affiliation.....	13
2.1.1 Personnes assurables	13
2.1.2. Formalités d’affiliation.....	13
2.2. Prise d’effet de l’affiliation	13
2.2.1. A la souscription du contrat	13
2.2.2. En cours du contrat.....	13
2.3. Cessation de l’affiliation	13
TITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	14
3.1. Objet des garanties	14
3.2. Prise d’effet, suspension et cessation des garanties.....	14
3.2.1 Prise d’effet des garanties	14
3.2.2 Suspension - Cessation des garanties	14
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat	14
3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive.....	14
3.4.1. Garantie décès toutes causes.....	14
3.4.2. Garantie Invalidité absolue et définitive (IAD).....	16
3.4.3. Garantie « double effet »	16
3.4.4. Garantie allocation obsèques	16
3.4.5 Garantie <i>décès accidentel</i>	17
3.4.6. Garantie Invalidité absolue et définitive <i>accidentelle</i> (IADA)	17
3.4.7. Garantie rente d’éducation (assurée par l’OCIRP)	17
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité permanente.....	18
3.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail.....	18
3.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle	19
3.6. Exclusions	21
3.7. Prestations.....	22
3.7.1. Base de calcul des prestations.....	22
3.7.2. Règlement des prestations.....	23
3.7.3. Modalités d’ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives.....	23
3.7.4. Contrôle médical	24
3.7.5. Règle de cumul	24
3.7.6 Cas des prestations n’ayant pas fait l’objet d’une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s)	25
3.7.7. Revalorisation	25
3.7.8. Prélèvements sociaux et impôt à la source	25
TITRE 4 MAINTIEN DES GARANTIES	26

4.1.	En cas de suspension du contrat de travail.....	26
4.1.1.	Suspension du contrat de travail rémunéré.....	26
4.1.2.	Suspension du contrat de travail non rémunéré.....	26
4.2.	En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>).....	27
TITRE 5	EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS.....	28
5.1.	Assurés en activité et ceux bénéficiant de la <i>portabilité</i> (article 5 « Loi Evin »).....	28
5.2.	Prestations en cours de service (art 7 « Loi Evin »).....	28
5.3.	Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »).....	28
5.4.	Cessation des revalorisations en cas de résiliation.....	28
5.5.	Obligations du <i>souscripteur</i> du fait de la résiliation.....	28
TITRE 6	COTISATIONS.....	29
6.1.	Assiette et montant.....	29
6.1.1.	Base de calcul des cotisations.....	29
6.1.2.	Taux de cotisations.....	29
6.2.	Modalités de paiement.....	29
TITRE 7	REFERENCES LEGALES.....	30
7.1.	Fausse déclaration.....	30
7.2.	Déchéance.....	30
7.3.	Prescription.....	30
7.4.	Subrogation.....	31
7.5.	Réclamation –médiation.....	31
7.6.	Juridiction compétente.....	31
7.7.	Protection des données à caractère personnel.....	31
7.8.	Autorité de contrôle.....	33
TITRE 8	PIECES JUSTIFICATIVES.....	34
TITRE 9	COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS.....	38

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans la notice sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Principaux termes utilisés :

Organisme assureur ou les Organismes assureurs	<p>Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle et Capitaux Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Double effet / Allocation Obsèques :</p> <ul style="list-style-type: none">- Malakoff Humanis Prévoyance Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, Numéro SIREN 775 691 181-Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.- AG2R Prévoyance Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, Numéro SIREN 333 232 270 Siège social :14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris. <p>Pour la couverture de la Rente éducation :</p> <ul style="list-style-type: none">- OCIRP, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale ; SIREN 788 334 720 Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris. <p>Les Organismes assureurs mentionnés ci-avant sont habilités à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.</p> <p>Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs de la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle et Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) /Double effet/ Allocation Obsèques, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et des assurés. Cet organisme a reçu mandat de l'OCIRP pour la gestion de la garantie Rente éducation.</p> <p>Le contrat est régi par le Code de la Sécurité sociale.</p> <p>Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la Sécurité sociale seront remplacés respectivement par « <i>souscripteur</i> » et « <i>assuré</i> ».</p>
Souscripteur	L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale du Commerce Succursaliste de la Chaussure qui a conclu le <i>contrat d'assurance</i> avec l' <i>organisme assureur</i> au bénéfice des assurés.
Catégorie assurée	Les salariés non cadres et cadres du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie en deuxième page de la notice d'information ou aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ».

Assuré | La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la *catégorie assurée*.

Conjoint | Le *conjoint* est au jour de l'événement ouvrant droit à prestations :

- L'époux ou l'épouse de l'*assuré* non divorcé(e) par un jugement définitif,
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'*assuré* au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins deux ans sous réserve que l'*assuré* et son concubin soient libres de tout engagement (célibataires, veufs ou divorcés). Aucune durée n'est exigée si un enfant reconnu des deux parents est né de cette union.

Enfants à charge | Ce sont les enfants de l'*assuré* ou de son *conjoint* au jour de l'événement ouvrant droit à prestations, notamment qu'ils soient adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit de l'*assuré* et qui remplissent les conditions suivantes à la date de l'événement ouvrant droit à prestations (décès ou invalidité absolue et définitive) :

- être âgés de moins de 18 ans,
- être âgés de 18 ans à moins de 21 ans et qui remplissent les conditions suivantes :
 - s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'*assuré* quelle que soit leur activité et
 - s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du SMIC.
- être âgés de 21 ans à 25 ans inclus et qui remplissent les conditions suivantes :
 - s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'*assuré* et
 - s'ils poursuivent des études et
 - s'ils ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du SMIC.
- être atteints d'un handicap et jusqu'à 25 ans inclus (quel que soit l'âge pour la mise en œuvre des garanties hors rente éducation assurée par l' OCIRP) dès lors qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé),
- être atteints d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie reconnue par la Sécurité sociale et titulaires de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 26^{ème} anniversaire.

Les enfants nés dans les 300 jours postérieurement au décès de l'*assuré* et dont la filiation avec celui-ci est établie, sont assimilés à des *enfants à charge*.

Bénéficiaires | Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.

L'accord de prévoyance | L'accord de prévoyance du 25 mars 2021 applicable aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale du commerce succursaliste de la chaussure.

Contrat d'assurance | Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'*Accord de prévoyance*.

Autres termes utilisés :

Accident | Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'*assuré*.

Acte authentique | Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

Acte sous seing privé | Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.

Déclaration sociale nominative (DSN) | La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Maladie | Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Plafond annuel de la Sécurité sociale | Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue (sauf exception) chaque année au 1er janvier par arrêté publié au journal officiel. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Portabilité | Dispositif qui permet le maintien des garanties de prévoyance aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et *bénéficiaires* de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale pendant une certaine durée.

Procédures collectives | Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr

Salaire brut | Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Salaire net | Salaire perçu :

- avant éventuelle imposition à la source,
- après reconstitution éventuelle des périodes de maladie,
- après déduction des prestations sociales non déductibles.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) | Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les *bénéficiaires*.

Sinistre | Réalisation du risque.

Tranche de salaire | Lorsqu'il est fait référence à la Tranche 1 (T1) des salaires, il s'agit de la tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale du Commerce Succursaliste de la Chaussure.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance, au bénéfice du personnel non cadre et du personnel cadre des entreprises relevant du champ d'application de l'*Accord de prévoyance*.

L'employeur, ci-après dénommé « le *souscripteur* » relevant de la Convention Collective Nationale du Commerce Succursaliste de la Chaussure, adhère au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire mis en œuvre par les organismes assureurs définis au Lexique de la présente notice d'information.

Les *organismes assureurs* sont par ailleurs habilités, en application de l'*Accord de prévoyance* à gérer la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP.

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

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

TITRE 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire** souscrit auprès de l'*organisme assureur* retenu, mentionné au Lexique.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'*Accord de prévoyance* peuvent souscrire le *contrat d'assurance* et ce, au plus tôt au jour de la prise d'effet dudit *Accord*.

Les contrats souscrits relèvent des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès).

1.1. Objet du contrat

Le contrat d'assurance collectif a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde des garanties de prévoyance en cas de décès toutes causes, invalidité absolue et définitive, double effet, allocation obsèques, rente d'éducation, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle, sans sélection médicale, aux salariés appartenant aux catégories de personnel assuré.

1.2. Territorialité

L'activité du *souscripteur* est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français
- ou hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

En présence d'un régime local dans ou hors Union Européenne, le régime de prévoyance s'applique en complément de la couverture sociale de base assurée au plan local, dans la limite de l'engagement de l'*organisme assureur* selon les modalités en vigueur en France.

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères.

Ainsi les conditions générales ne permettent pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.

1.3. Conditions de reprise des encours à la date d'effet du contrat

■ En présence d'un contrat souscrit antérieurement auprès d'un autre organisme assureur

1/ Les personnes (salariés / anciens salariés) en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat, et titulaires d'indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat antérieurement souscrit par l'entreprise auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation des indemnités journalières ou de leur rente perçue(s) au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues dans la présente notice.
- de la revalorisation de la base de calcul des garanties Décès, selon les conditions prévues dans la notice.
- 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 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin).
- de l'éventuel différentiel au titre des garanties décès et arrêt de travail en cas d'indemnisation moindre d'un assuré par l'organisme assureur antérieur.

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

3/ Les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage dans les conditions prévues à l'article 4.2 « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) » qui, à la date de prise d'effet du contrat, demeurent bénéficiaires d'un maintien de garanties et non indemnisés par le précédent organisme assureur, sont garantis, pour la période du droit à maintien restant à courir, dans les conditions prévues dans la notice. Toutefois, dans le cas où le précédent organisme assureur maintient sa garantie pour la période restant à courir, l'organisme assureur ne prend en charge que le différentiel éventuel.

Pour l'ensemble des prises en charge énumérées ci-dessus, l'organisme assureur retenu calculera la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique du contrat d'assurance. Une prime unique pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans les situations ci-dessus et ce, au regard de leur sinistralité à la prise d'effet du contrat. Le cas échéant, la prime unique peut être remplacée par une sur-cotisation.

■ En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement

Pour les souscripteurs n'ayant pas souscrit de contrat de prévoyance collectif antérieur, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat dès sa date d'effet, y compris en cas de changement d'état médical survenant postérieurement.

Le changement médical s'entend :

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

Une prime unique de reprise des encours sera calculée et pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans la situation ci-dessus et ce, au regard de leur sinistralité à la prise d'effet du contrat.

Le cas échéant, la prime unique peut être remplacée par une sur-cotisation.

TITRE 2 Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

2.1.1 Personnes assurables

Les personnes assurables doivent être déclarées à l'*organisme assureur*.

A défaut d'avoir été déclarés dans les conditions requises lors de la souscription, ces personnes ne bénéficient d'aucune garantie.

Les personnes assurables sont :

- les salariés dont le contrat de travail est en vigueur, qui appartiennent à la *catégorie assurée* définie en deuxième page de la notice d'information ou aux conditions particulière, ainsi que les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévu dans la notice et selon les conditions et modalités de financement spécifiées aux conditions particulières,
- les anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du contrat jusqu'à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Si les données nécessaires à l'affiliation n'entrent pas dans le périmètre de la DSN ou ne sont pas traitées par l'organisme assureur via la DSN, le souscripteur doit compléter une liste nominative du personnel.

Le cas échéant, sur demande de l'organisme assureur, les personnes assurables doivent si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés.

Les éléments d'affiliation doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément à l'article 2.2. « Prise d'effet de l'affiliation ».

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception de la liste nominative du personnel ou du bulletin individuel d'affiliation lorsqu'il est demandé, dûment complété(e) dans les délais prévus à l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation », et après accord exprès de l'*organisme assureur*.

2.2.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le *contrat d'assurance*.

2.2.2. En cours du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, ...).

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3. « Défaut de paiement »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail », sans préjudice par ailleurs du maintien des garanties pour les assurés indemnisés à titre complémentaire à cette date dans le cadre du contrat d'assurance (et ce, pendant la durée de l'indemnisation),
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension de retraite d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif, sauf application des dispositions de l'article 5.3 « pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») »,
- à la date du décès de l'*assuré*.

TITRE 3 Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information. Elles varient selon le personnel assuré.

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations :

- en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré ou de décès d'un ayant droit,
- en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle de l'assuré après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après..

3.2. Prise d'effet, suspension et cessation des garanties

3.2.1 Prise d'effet des garanties

L'assuré bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

3.2.2 Suspension - Cessation des garanties

Sauf dans les cas prévus à l'article 4.1 « En cas de suspension du contrat de travail », la suspension du contrat de travail de l'assuré entraîne celle des garanties. Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail de l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois suivant la reprise de travail. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration du souscripteur.

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu au titre 4 « Maintien des garanties » ainsi qu'au titre 5 « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations », les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée etc.) sauf maintien des garanties pour les assurés indemnisés à titre complémentaire à cette date dans le cadre du contrat d'assurance (et ce, pendant la durée de l'indemnisation),
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3 « Défaut de paiement »,
- et en toute état de cause, à la date de résiliation du contrat.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail – invalidité, incapacité permanente professionnelle et/ou décès, les assurés dont les garanties sont maintenues au titre de la portabilité, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, incapacité permanente professionnelle, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date du sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités. Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive

3.4.1. Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'assuré.

Le montant de ce capital décès est indiqué au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Celui-ci est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré au jour de son décès.

Majoration du capital par enfant à charge :

Lorsqu'il est prévu au tableau des garanties des majorations du capital pour enfant à charge, la part de capital correspondant à cette majoration est versée sous réserve de l'existence d'enfants à charge au décès de l'assuré.

Quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable (voir ci-après) la part de capital correspondant à la majoration pour enfants à charge est versée par parts égales entre ceux-ci, directement aux enfants dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité.

Désignation de *bénéficiaires* liée à la garantie capital décès :

L'assuré peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs *bénéficiaires* de son choix.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de *bénéficiaire(s)* » que l'*organisme assureur* délivre à cet effet (ou selon les modalités définies par l'*organisme assureur*) ou par un *acte sous seing privé* ou *authentique*. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'*organisme assureur* ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

L'assuré peut demander l'accord du *bénéficiaire* sur cette désignation.

Cette acceptation prend la forme :

- d'un écrit signé par l'assuré, le *bénéficiaire* et l'*organisme assureur*.
- ou d'un *acte authentique* ou sous seing privé signé de l'assuré et du *bénéficiaire* et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'*organisme assureur* que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable.

L'assuré ne pourra pas la modifier sauf :

- accord du *bénéficiaire*
- ou cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'assuré doit informer l'*organisme assureur* de l'existence de cette désignation dans les plus brefs délais.

Dans tous les cas, la désignation d'un ou plusieurs *bénéficiaires* n'a d'effet auprès de l'*organisme assureur* que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit. Il appartient donc à l'assuré de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile.

L'*organisme assureur* procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier.

Ce versement le libère de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de *bénéficiaire(s)* lui serait notifiée ultérieurement.

L'assuré doit préciser si possible les coordonnées du ou des *bénéficiaires* lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de désignation particulière, **si à la date du décès de l'assuré :**

- tous les *bénéficiaires* désignés sont déjà décédés ou refusent le capital,
 - ou lorsque le seul *bénéficiaire* est identifié par un lien familial (*conjoint*, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité,
- alors le capital est réintégré à l'actif successoral.

Il appartient à l'assuré selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner si possible sur sa désignation particulière, les *bénéficiaires* « par défaut » souhaités. Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de *bénéficiaire* « à défaut mes héritiers ».

Si l'assuré ne communique pas à l'*organisme assureur* une désignation particulière de *bénéficiaire*, (ou lorsque cette désignation est caduque) les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au *conjoint* de l'assuré non séparé judiciairement,
- à défaut au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut au concubin de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître ou représentés, reconnus ou adoptifs,
- à défaut de descendants directs, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré ou à défaut de ceux-ci, à ses grands-parents survivants,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers de l'assuré.

3.4.2. Garantie Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'*assuré* **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions suivantes :

- l'assuré doit être reconnu par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité telle que définie à l'article L 341 4 du Code de la Sécurité sociale : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie »
- ou se voir attribuer un taux d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle égal à 100% et être dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'état de santé de l'*assuré* doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Il est précisé que le médecin-conseil de l'*organisme assureur* n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'*assuré* à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'*assuré*, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'*organisme assureur* comme début de l'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'*assuré*.

Pour déterminer le montant du capital, l'*organisme assureur* retient la situation familiale de l'*assuré* au jour de la reconnaissance de son invalidité absolue et définitive (IAD).

Le versement du capital d'invalidité absolue et définitive (IAD) et des majorations pour enfants à *charge* le cas échéant, met fin à la garantie décès toutes causes de l'*assuré*.

Le capital et les majorations sont versés obligatoirement à l'*assuré* ou à son représentant légal.

3.4.3. Garantie « double effet »

La garantie a pour objet de verser, en cas de décès du *conjoint* simultanément ou postérieurement à celui de l'*assuré*, un capital mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le capital sera versé :

si le contrat d'assurance est toujours en vigueur à la date du décès du conjoint.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du *conjoint* qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'*assuré* ou lorsqu'il n'est pas possible de déterminer l'ordre des décès,
- postérieur, le décès du *conjoint* qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'*assuré*.

Bénéficiaire de la prestation, répartie par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des *enfants à charge* au jour du décès de l'*assuré* et qui sont à la charge du *conjoint* au jour de son décès selon les mêmes critères.

3.4.4. Garantie allocation obsèques

La garantie a pour objet de verser un capital à la personne qui a engagé les frais d'obsèques du *conjoint* ou d'un de ses *enfants à charge de plus de 12 ans* dans les limites fixées au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Pour les *assurés cadres*, s'ils sont couverts au titre du contrat, ce capital est également versé dans les mêmes conditions en cas de décès de l'*assuré*.

Dans tous les cas, l'allocation obsèques est versée sur présentation d'une facture originale acquittée.

En tout état de cause, la prise en charge de l'*organisme assureur* est limitée aux frais réellement engagés.

3.4.5 Garantie décès accidentel

Pour les **assurés cadres**, s'ils sont couverts au titre du contrat, il est prévu le versement d'un capital supplémentaire au capital décès toutes causes en cas de décès dudit **assuré** consécutif à un **accident** survenu **au plus tard dans les douze mois qui suivent ledit accident et en est la conséquence.**

Ne sont pas considérés comme *accidents* les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

Le montant du capital est indiqué au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information et est versé au(x) même(s) *bénéficiaire(s)* que celui ou ceux de la garantie décès toutes causes.

Il appartient au(x) *bénéficiaire(s)*, d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'assuré cadre.

3.4.6. Garantie Invalidité absolue et définitive accidentelle (IADA)

La garantie a pour objet de verser un capital supplémentaire au capital d'invalidité absolue et définitive toutes causes (IAD) pour les **assurés cadres**, s'ils sont couverts au titre du contrat.

Ce versement s'effectue par anticipation et à la demande de l'*assuré* cadre, en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'*assuré* cadre consécutive à un *accident* reconnu par l'*organisme assureur* sous les conditions cumulatives suivantes :

- remplir l'ensemble des conditions énumérées à l'article 3.4.2. « Garantie invalidité absolue et définitive » (IAD),
- l'« invalidité absolue et définitive accidentelle » (IADA) doit survenir dans les douze mois qui suivent l'*accident*.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'*organisme assureur* comme début de l'invalidité absolue et définitive *par accident* (IADA) de l'*assuré* cadre.

Le montant du capital est indiqué au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le versement du capital d'invalidité absolue et définitive par *accident* met fin à la garantie « Capital décès par *accident* » de l'*assuré* cadre.

Le médecin-conseil de l'*organisme assureur* n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale. Il a la possibilité de soumettre l'*assuré* cadre à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'*assuré* cadre, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Il appartient à l'*assuré* cadre ou à son représentant légal d'apporter la preuve de l'*accident* et du lien de causalité direct entre celui-ci et l'IAD de l'*assuré* cadre.

3.4.7. Garantie rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance.

L'*organisme assureur* retenu a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des *assurés* cadres, des bénéficiaires et des ayants droit.

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge, une rente d'éducation, en cas de décès de l'**assuré cadre**, s'il est couvert au titre du contrat.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant à charge, sur demande de ce dernier s'il a la capacité juridique.

La garantie prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès de l'*assuré* cadre et est payable par trimestre civil, à terme échu.

- Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le *bénéficiaire* :
- cesse d'être à charge,
 - atteint l'âge fixé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information,
 - décède

Le montant de la rente est mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le montant annuel de la rente éducation est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations.

Le montant de la rente est doublé pour les enfants orphelins de leurs deux parents ou si le salarié *assuré* cadre était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants en situation d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale, dès lors que l'invalidité a été reconnue par la Sécurité sociale avant le 26^{ème} anniversaire et que ces enfants sont dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'organisme assureur.

L'organisme assureur demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité permanente

■ Définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente ont pour objet d'indemniser les *assurés*, contraints par suite de *maladie* ou d'*accident*, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical » le cas échéant, aux arrêts de travail :

- constatés médicalement et que l'*organisme assureur* reconnaît,
- ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les prestations en espèces de la *sécurité sociale* s'entendent comme celles versées au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des *maladies* professionnelles

Les congés de maternité (y compris les 14 jours de congé pathologique), de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

3.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail

■ Définition

Tout *assuré* cessant son travail par suite de *maladie* ou d'*accident* est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Le montant des indemnités journalières mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information est exprimé « en incluant les indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale » et toutes autres rémunérations ou indemnités versées par l'employeur.

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention ou de l'accord collectif qui lui est applicable.

La prestation est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée à l'article 3.7.5 « Règle de cumul ».

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les modalités de calcul de l'Indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie. **Le montant de l'Indemnité journalière versée par la Sécurité sociale ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.**

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées à l'employeur et deviennent un élément de salaire, l'*organisme assureur* étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'*assuré*.

Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information est versé directement à l'*assuré* et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

■ Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre 8 « Pièces justificatives ».

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute :

- soit pour les assurés ayant moins d'un an d'ancienneté au jour de la survenance de l'arrêt, à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise continue, correspondant à un nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail.
La franchise est la période ininterrompue suivant le point de départ de chaque arrêt de travail d'un assuré, ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par l'organisme assureur.
- soit pour les assurés ayant au moins un an d'ancienneté au jour de la survenance de l'arrêt, en relais des obligations de maintien de salaire total ou partiel prévues dans la convention collective applicable à l'employeur

Le délai de franchise retenu par l'employeur est précisé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

■ Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées **dans la limite fixée à l'article 3.7.5 « Règle de cumul »**.

■ Rechute

La rechute est constatée si l'assuré reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'organisme assureur et qu'il doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale.

L'assuré doit démontrer que le nouvel arrêt de travail a la même cause médicale que le premier arrêt de travail indemnisé (notamment sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection).

Dans ce cas et si les prestations de la Sécurité sociale sont versées, l'organisme assureur n'appliquera pas de nouvelle période de franchise.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue pour le calcul des prestations.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les indemnités journalières cessent d'être versées** :

- le jour de la reprise du travail de l'assuré sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,
- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension,
- en tout état de cause au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de l'assuré,
- à la date du refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

3.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle

■ Définition

Une rente d'invalidité peut être attribuée à tout assuré dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf poursuite d'une activité partielle salariée dans le cadre du cumul emploi-retraite).

L'assuré est considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité, selon les critères définis par le Code de la Sécurité sociale, telles que rappelées ci-dessous :
 - Invalidité de 1^{re} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,

- Invalidité de 3e catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante, et bénéficiant par ailleurs d'une pension de 1^e, 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ;
- soit, est reconnu invalide par la Sécurité sociale, à la suite d'un *accident* de travail ou d'une *maladie* professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle soit au moins égal à 33%, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale.
L'*assuré* doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle (ATMP) correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2^e catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et peut soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'*assuré* peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

■ Paiement et durée des prestations

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations y compris la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées par l'employeur. Ces dispositions sont précisées au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

La rente est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée à l'article 3.7.5 « Règle de cumul ».

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées à l'*assuré* mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

■ Cessation du versement des prestations

Dès que l'une des situations suivantes se produit, **les rentes d'invalidité cessent d'être versées :**

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un *accident* du travail ou d'une *maladie* professionnelle, y compris en cas de suspension,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente au sens du contrat, si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 %,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*organisme assureur* conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet de la liquidation de la pension de retraite servie par la Sécurité Sociale,
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.6. Exclusions

	GARANTIES		
	Décès (1)	Décès accidentel et IAD Accidentelle	Incapacité temporaire de travail – invalidité permanente (dont IPP)
Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :			
<ul style="list-style-type: none"> du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ; 		●	
<ul style="list-style-type: none"> d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère 	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> d'émeutes, de rixe, d'actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ; les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve 	●	●	
<ul style="list-style-type: none"> de la désintégration du noyau atomique, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ; 	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ; 	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, de cataclysmes ; 		●	
<ul style="list-style-type: none"> du meurtre commis sur la personne de l'assuré dont le bénéficiaire est l'auteur et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive ; 	●		
<ul style="list-style-type: none"> des conséquences d'un accident survenu dans la conduite d'un véhicule terrestre en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire ; 		●	

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	GARANTIES		
	Décès (1)	Décès accidentel et IAD Accidentelle	Incapacité temporaire de travail – invalidité permanente (dont IPP)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, l'assuré avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R. 234-1 du Code de la route, 		●	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ d'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'évènement ; 		●	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ de la navigation aérienne de l'assuré : <ul style="list-style-type: none"> - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même, - de la pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou, du parapente, pilotage d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) et de tout appareil non homologué, 		●	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiqués avec des engins à moteur 		●	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; 		●	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant. 			●

(1) Décès = Garanties décès toutes causes, double effet, rente d'éducation, allocation obsèques.

3.7. Prestations

3.7.1. Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations versées par l'organisme assureur.

Elle est identique à la base de calcul des cotisations et correspond au *salaire brut* total de l'assuré ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des douze mois civils ayant précédant l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence). Le salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année civile (prime de départ à la retraite ...).

Elle est limitée à la tranche 1 des rémunérations perçues telle que définie au lexique.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est reconstituée à partir des éléments de salaire ayant donné lieu à cotisations et versés à l'assuré entre la date d'effet de la garantie et la date d'arrêt de travail.

Pour les assurés bénéficiant de la *portabilité* ou d'un maintien de garantie à la suite d'une cessation du contrat de travail sans maintien de rémunération, la période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail.

Pour les assurés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiant d'un maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail en vertu du contrat, le salaire servant de base au calcul des prestations intègre le revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

La rémunération brute étant fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale, les prestations sont calculées sur la base du plafond en vigueur au jour de l'événement concerné.

Lorsque les salaires pris en considération dans la base de calcul ne sont pas ceux des douze mois civils précédant immédiatement le point de départ de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité permanente ou du décès, ces salaires sont actualisés selon les dispositions de l'article 3.7.7. « Revalorisation ».

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues au titre de chacune des garanties.

Pour les prestations en cas de décès, elles sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées mentionnées au titre 8 « Pièces justificatives ».

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces demandées mentionnées au titre 8 « Pièces justificatives », l'organisme assureur verse les prestations en cas de décès aux bénéficiaires désignés.

3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout *sinistre* ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations est conditionné à la réception préalable par l'assureur de toutes les pièces justificatives.

Ainsi, l'*organisme assureur* effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'*organisme assureur* peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'*organisme assureur* dans les **trente jours** :

- qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

La transmission hors délais des pièces déclaratives peut constituer un préjudice certain à l'*organisme assureur*.

Dans ce cas ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

■ Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

L'*organisme assureur* se réserve la possibilité en cas d'arrêt de travail de plus de trente jours et après la période de franchise, de demander un **certificat médical d'incapacité de travail (CMIT) qui peut être fourni sur demande par l'organisme assureur**, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer doit être envoyé par l'*assuré*.

Le cas échéant, le certificat médical doit être rempli par le médecin traitant de l'*assuré* ou tout autre médecin de son choix **et retourné dans un délai de trente jours** sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'*organisme assureur*.

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une suspension et seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou du *souscripteur* entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

3.7.4. Contrôle médical

L'*organisme assureur* peut procéder via un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'*assuré* afin de bénéficier des prestations prévues au contrat ou de poursuivre leurs effets, lorsque les prestations sont liées à l'état de santé.

Les médecins missionnés par l'*organisme assureur* doivent pouvoir constater l'état de santé de l'*assuré* à toute période.

Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

- au lieu de traitement,
- ou tous les jours ouvrables, au domicile,

de l'*assuré* en état d'incapacité ou d'invalidité.

De même, l'*assuré* doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'*organisme assureur*.

Si l'*assuré* refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après information de l'*assuré* et du *souscripteur*. Lors du contrôle médical, l'*assuré* a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre représentant.

L'*organisme assureur* se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'*organisme assureur* notifie par lettre recommandée à l'*assuré* et au *souscripteur* les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'*assuré* notifie par lettre recommandée dans un délai de dix jours à compter de la réception du courrier de l'*organisme assureur* (cachet de la poste faisant foi) :

Soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :

- l'*assuré* peut mentionner dans son courrier le nom du médecin ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
- l'*assuré*, ou tout représentant ou le cas échéant, le médecin de l'*assuré* et celui choisi par l'*organisme assureur*, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'*organisme assureur* et l'*assuré*.
- Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'*assuré*.
- Chaque partie finance les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

Soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3.7.5. Règle de cumul

Les prestations versées par l'*organisme assureur* au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente professionnelle ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'*assuré*. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

En aucun cas le cumul des prestations brutes de CSG/CRDS/CASA de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement ne peut conduire l'*assuré* à percevoir plus que ce qu'il aurait perçu s'il avait été en activité (salaire brut – charges sociales légales et conventionnelles et prélèvements sociaux).

Le cas échéant, les prestations versées par l'*organisme assureur* sont réduites d'autant.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente *accident* du travail ou *maladie* professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'*organisme assureur* ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6 Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) 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.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

3.7.7. Revalorisation

■ Revalorisation des prestations décès

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (article 3.7.6) suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

(*) *article également applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.*

■ Revalorisation des prestations en cours de service

Sont revalorisables les prestations en cours de service : rente éducation, indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

Les prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées sur la base d'un indice et selon une périodicité fixée par l'organisme assureur.

La revalorisation des rentes d'éducation s'effectue en tenant compte du taux décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP de façon annuelle.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

■ Revalorisation de la base des prestations en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail ou en invalidité ou incapacité permanente professionnelle

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive à la suite d'un arrêt de travail, la rémunération de base est revalorisée :

- dès le 1^{er} janvier qui suit la date d'arrêt de travail,
- dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur (indice fixé par l'organisme assureur) :
 - à la date du décès ou à la date de l'exigibilité du capital en cas d'invalidité absolue et définitive,
 - et
 - à la date d'arrêt de travail.

3.7.8. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Pour les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière, l'organisme assureur verse les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G – C.R.D.S.- Impôt à la source...) éventuellement applicables dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par le *souscripteur* (en cas d'activité partielle, d'un congé de reclassement, de mobilité, etc), ou
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, indemnisé par la Sécurité sociale et le cas échéant à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers , ou
- bénéficiaires d'indemnités journalières de la Sécurité sociale en cas de congés ou autre absence (maternité, paternité, ...etc).

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

En dehors des cas visés ci-dessus et sauf application des dispositions de l'article 4.1.2 ci-après, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

Les *assurés* peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération, notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé de proche aidant,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,
- congé sans solde.

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*organisme assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive. Dans ce cas, en cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré* jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation des *assurés* restent à payer. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

Si l'*assuré* ne demande pas le maintien de ses garanties, elles seront suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, les garanties incapacité temporaire de travail / invalidité ne s'appliquent que si la Sécurité sociale verse des prestations à ce titre à l'*assuré* concerné.

Dans le cadre du maintien de la garantie arrêt de travail, l'arrêt doit intervenir pendant la période de suspension du contrat de travail non rémunéré, l'*assuré* étant alors indemnisé au jour de sa reprise théorique d'activité, après décompte de la franchise contractuelle.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties (*portabilité*).

Il bénéficie du maintien de garanties lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du régime prévoyance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de son contrat de travail.

Le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,
ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Les prestations sont versées directement à l'*assuré*.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- la cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause,
- la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- la résiliation du contrat ;
- du décès de l'*assuré*.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de *maladie* ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

Les assurés bénéficient des garanties prévoyance du contrat d'assurance applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail sauf particularités définies au présent article.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

En cas d'incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du contrat. Les indemnités journalières sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'*assuré* ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'*assuré* n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

En tout état de cause, les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au contrat, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail. Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

TITRE 5 Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties pour tous les *assurés* sous réserve des dispositions ci-après.

Le *souscripteur* est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

Quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, le *souscripteur* doit en informer l'ensemble des *assurés*.

5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la *portabilité* (article 5 « Loi Evin »)

Les *assurés* concernés peuvent demander à l'*organisme assureur* dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation du contrat à bénéficier de garanties à titre individuel. Ce maintien est accordé moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

5.2. Prestations en cours de service (art 7 « Loi Evin »)

Les prestations incapacité temporaire de travail - invalidité/ incapacité permanente professionnelle et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

Les garanties décès sont maintenues aux *assurés* se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité temporaire de travail ou en invalidité/ incapacité permanente professionnelle (à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'*assuré* : double effet et allocation d'obsèques).

Ce maintien de garantie cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité/ incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.

5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que le nouvel *organisme assureur* :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité / incapacité permanente professionnelle ainsi que de la rente d'éducation,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service (article 5.3) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 5.4), continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

5.5. Obligations du *souscripteur* du fait de la résiliation

En cas de changement d'*organisme assureur*, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

- les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / incapacité permanente professionnelle ainsi que la rente d'éducation en cours de service,
- les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,

seront revalorisées par le nouvel *organisme assureur*.

Il lui appartient également de s'assurer que le nouvel organisme prendra en charge le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* pour la période de droits restant à couvrir.

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le *souscripteur* verse à l'*organisme assureur*. Elle correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* dans la limite de la tranche de salaire 1 telle que définie au Lexique, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail rémunéré bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations intègre le montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Pour les *assurés* en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

Pour les assurés percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.), la base de calcul des cotisations est également constituée de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur, durant la période de maintien des garanties.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail non rémunéré bénéficiant d'un maintien de garanties à titre facultatif, l'assiette des cotisations correspond à celle définie au présent article mais calculée sur la période des 12 mois précédent la suspension du contrat de travail.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

6.2. Modalités de paiement

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations obligatoires. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul à partir de la fiche de paramétrage DSN et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré*.

7.1. Fausse déclaration

Les déclarations du *souscripteur* et de l'*assuré* servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou de la part du *souscripteur* de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'*organisme assureur*. L'*organisme assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

7.2. Déchéance

Le *bénéficiaire* qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'*assuré* est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres *bénéficiaires*.

L'*assuré* ou le *bénéficiaire* de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* ou à l'occasion d'un *sinistre*, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du *sinistre*,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur*.

7.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*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 le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire* intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du *bénéficiaire* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire*.

La prescription est fixée à :

- deux ans pour l'invalidité permanente,
- à cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail,
- à dix ans pour le risque décès si le *bénéficiaire* n'est pas l'*assuré* et, dans les opérations relatives à la couverture du risque *accident*, lorsque les *bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*assuré* en cas de décès de celui-ci.

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 de l'envoi :

- d'une lettre recommandée avec avis de réception lorsque l'*organisme assureur* s'adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque l'*assuré* ou le *bénéficiaire* s'adresse à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.4. Subrogation

Lorsque l'*assuré* est atteint d'une affection ou est victime d'un *accident* susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité / incapacité permanente professionnelle qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son *organisme assureur*.

Par ailleurs, les prestations que l'*organisme assureur* verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'*assuré*, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'*assuré*, le *bénéficiaire* ou leurs ayants droit subrogent expressément l'*organisme assureur* dans leurs droits ou actions contre l'*organisme assureur* du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* doit être informé par l'*assuré* victime, le *bénéficiaire* ou leurs ayants-droit.

7.5. Réclamation – médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le *souscripteur* et les *assurés* peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller, leur gestionnaire ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'*organisme assureur* à (aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 9 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le *souscripteur* et/ou les *bénéficiaires* peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 9), dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'*organisme assureur* et sans préjudice du droit d'agir en justice.

7.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.7. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'*assuré* et les *bénéficiaires* sont informés par l'*organisme assureur* responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'*organisme assureur* a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'*organisme assureur* mentionnée au Titre 9 « Coordonnées des organismes assureurs ».

1. Les données à caractère personnel de l'*assuré* et des *bénéficiaires* peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du *contrat d'assurance* ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'*organisme assureur* ou d'autres sociétés du groupe de l'*organisme assureur* ;
- la gestion des avis de l'*assuré* et des *bénéficiaires* sur les produits, services ou contenus proposés par l'*organisme assureur* ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'*assuré* et les *bénéficiaires* ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'*assuré* et des *bénéficiaires* ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des *sinistres* déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

- la proposition à l'assuré et les *bénéficiaires* de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'*organisme assureur* ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des *bénéficiaires*.

L'*organisme assureur* s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des *bénéficiaires* pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du *contrat d'assurance*, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'*organisme assureur* utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des *bénéficiaires* pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des *bénéficiaires* est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des *bénéficiaires* sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'*organisme assureur* dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des *bénéficiaires* sont destinées au Service médical de l'*organisme assureur* et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du *contrat d'assurance*. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'*organisme assureur* s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des *bénéficiaires* ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des *bénéficiaires* sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des *bénéficiaires* venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'*organisme assureur* s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les *bénéficiaires* varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'*organisme assureur* et des prescriptions légales applicables.

L'*organisme assureur* et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de Sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des *bénéficiaires* et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les *bénéficiaires* disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les *bénéficiaires* disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la *portabilité* des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 9 « Coordonnées des organismes assureurs ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'*assuré* et les *bénéficiaires* disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

L'*assuré* et les *bénéficiaires* disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

7.8. **Autorité de contrôle**

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

TITRE 8 Pièces justificatives

Il s'agit des pièces nécessaires au paiement des prestations.

L'organisme assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire pour procéder au versement des prestations y compris après paiement de celles-ci. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Allocation obsèques	Décès accidentel	IAD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur</u> et complétée par le <i>souscripteur</i> certifiant que l'<i>assuré</i> faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »). 	•	•		•	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrait d'acte de décès du défunt 	•		•	•	•				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès. 	•		•	•	•				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle 	•		•	•					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces justifiant valablement la qualité <i>d'enfant à charge</i> à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'<i>assuré</i>, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...) 	•	•	•	•	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'<i>assuré</i> ou au <i>bénéficiaire</i> : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du <i>bénéficiaire</i> chaque année 				•				•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Allocation obsèques	Décès accidentel	IAD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année 			•	•	•				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie de la pièce d'identité du <i>bénéficiaire</i> en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance 	•	•	•	•	•	•	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. 		•					•		•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 % 		•					•		•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'<i>assuré</i> sous réserve de l'article 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives » 		•					•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'<i>organisme assureur</i> dûment complété 		•					•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant 								•	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facture acquittée 					•				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit 			•					•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Allocation obsèques	Décès accidentel	IAD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 						●	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt 								●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite 								●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %. 									●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i> 									●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RIB des bénéficiaires 	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) 	●	●	●		●	●	●		

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Allocation obsèques	Décès accidentel	IAD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
<ul style="list-style-type: none"> Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation. 								•	•

TITRE 9 Coordonnées des organismes assureurs

ORGANISME ASSUREUR	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR
Malakoff Humanis Prévoyance	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex • ou par mail à : - Pour l'Employeur : reclamation-entreprise- assurance@malakoffhumanis.co m - Pour le Salarié : reclamation-particulier- assurance@malakoffhumanis.co m 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.co m 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire ; • soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. • Soit par tout autre moyen prévu par le contrat
AG2R Prévoyance	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier au point d'entrée unique pour la prévoyance / santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9. 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex 	<ul style="list-style-type: none"> • soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2rlamondiale.fr • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ; • soit par acte extrajudiciaire.
OCIRP	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès du médiateur dont relève l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur



AG2R LA MONDIALE

AG2R PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R.

Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris,
N° SIREN 333 232 270.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181



Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale

Siège social : 17 rue de Marignan, 75008 Paris.

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

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

A _____ le _____

Signature