

PRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

Garanties en vigueur au 1er janvier 2023

Etablissement français de STELLANTIS N.V (CONTRAT N°04/111023 0001 8)

et

PSA AUTOMOBILES SA (CONTRAT N°04/111073 0001 3)

Garanties souscrites auprès de l'organisme assureur :

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 Paris,
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale.

Catégorie assurée

Ensemble du personnel

CONDITIONS GENERALES

Préambule

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

LE CONTRAT :

Désigne le présent contrat, y compris ses annexes, conclu entre le souscripteur et l'organisme assureur d'une part, et entre l'organisme assureur, la société adhérente, et le souscripteur, par l'intermédiaire d'un avenant d'adhésion d'autre part.

L'ACCORD :

Désigne l'accord collectif du 5 octobre 2020 et l'avenant n°1 du 4 octobre 2022 « ACCORD D'ENTREPRISE RELATIF AU REGIME DE PREVOYANCE DES SOCIETES PEUGEOT S.A. (devenue établissement français de la société étrangère STELLANTIS N.V.) ET PEUGEOT CITROËN AUTOMOBILES S.A. (devenue PSA AUTOMOBILES SA) ».

SOCIETE ADHERENTE /SOUSCRIPTEUR :

Désigne Le souscripteur ou toute autre société adhérent au contrat, pendant la durée de son adhésion, adhésion effectuée en application de l'accord.

DEMISSION DU SOUSCRIPTEUR ou DEMISSION D'UNE SOCIETE ADHERENTE :

Désigne la résiliation du contrat à l'initiative du souscripteur ou d'une société adhérente.

RADIATION DU SOUSCRIPTEUR ou RADIATION D'UNE SOCIETE ADHERENTE :

Désigne la résiliation du contrat ou de l'adhésion d'une société adhérente à l'initiative de l'organisme assureur.

ASSURE :

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

CONJOINT

Désigne l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),

ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (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 un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

ASCENDANT

Par ascendant à charge, nous entendons l'ascendant de l'assuré ou de son conjoint fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoit une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

RISQUE :

Désigne les risques garantis par le contrat, à savoir : l'arrêt de travail et le décès.

ANCIENS CONTRATS :

Désigne les contrats de prévoyance auxquels le présent contrat se substitue à compter de sa date d'effet ou, s'il concerne une société adhérente, à compter de la date d'adhésion de la société adhérente.

ENGAGEMENT DE PRESTATIONS PERIODIQUES CONSEQUENCE D'UN DECES :

Désigne pour un contrat de prévoyance, l'engagement de verser des prestations périodiques, notamment rente de conjoint et rente éducation, suite au décès d'un assuré, selon les modalités spécifiées au contrat.

ENGAGEMENT DE PRESTATIONS PERIODIQUES CONSEQUENCE D'UN ARRET DE TRAVAIL :

Désigne pour un contrat de prévoyance, l'engagement de verser, éventuellement après une période de franchise, des prestations d'incapacité ou d'invalidité, suite à un arrêt de travail d'un assuré, auquel sont associés réglementairement :

- l'engagement de verser les prestations d'invalidité en tant que prestations différées,
- le maintien des garanties en cas de décès.

Les garanties déterminant les prestations sont appréciées, à la date de réalisation du risque, selon les modalités spécifiées au contrat.

PORTABILITE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE :

Désigne le maintien des garanties de prévoyance accordé à vos anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

PROCEDURES COLLECTIVES :

Les procédures de sauvegarde, de 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.legifrance.fr.

Table des matières

CONDITIONS GENERALES	2
TITRE 1. Dispositions relatives à la vie du contrat	5
Article 1. Objet du contrat	5
Article 2. Notice d'information à destination des assurés	5
Article 3. Affiliation des assurés	5
3.1. Modalités d'affiliation des assurés	5
3.2. Fausse déclaration	6
3.3. Situation de famille de l'assuré	6
Article 4. Durée des garanties	6
4.1. Prise d'effet des garanties	6
1. Les salariés en activité à la date d'effet du contrat	6
2. Les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat	6
3. Les salariés affiliés postérieurement à la date d'effet du contrat	7
4.2. Prise d'effet des modifications des garanties	7
4.4. Cessation des garanties	8
4.5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations	8
1. Effets de la résiliation sur les assurés en activité et les assurés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité	8
2. Effets de la résiliation sur les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente	8
3. Effets de la résiliation sur les prestations décès	8
4. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service	8
5. Les obligations	9
Article 5. Maintien des garanties	9
5.1. Maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu	9
1. Suspension du contrat de travail	9
5.2. Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente dont la survenance intervient en cours de contrat	10
5.3. Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité	11
5.4. Maintien des garanties pendant les congés familiaux	12
Article 6. Cotisations	12
6.1. Montant et révision des cotisations	12
1. Assiette de calcul des cotisations	12
2. Taux de cotisations	12
3. Révision des taux de cotisations	12
6.2. Paiement des cotisations	12
6.3. Non-paiement des cotisations	13
Article 7. Prestations	13
7.1. Assiette de calcul des prestations	13
7.2. Revalorisation des prestations	14
1. En cours de service	14
2. Garanties décès	14
7.3. Déclaration de sinistres et paiement des prestations	14
7.4. Restitution de l'indu	15
7.5. Contrôle médical	15
7.6. Étendue territoriale	15
7.7. Obligation de déclaration des déplacements groupés par les entreprises adhérentes	16
7.8. Exclusions	16
7.9. Déchéance	16
Article 8. Dispositions générales	17
8.1. Prescription	17

8.2. Réclamation - médiation	17
8.3. Protection des données à caractère personnel	18
TITRE 2. Dispositions relatives aux garanties	20
Article 9. Garantie capital décès	20
9.1. Capital décès toutes causes	20
9.2. Perte totale et irréversible d'autonomie	20
9.3. Décès simultané ou postérieur du second parent	20
9.4. Capital décès supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle	21
9.5. Capital décès supplémentaire en cas de décès accidentel consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle	21
9.6. Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès	21
9.7. Rente enfant handicapé	22
9.8. Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille	22
9.9. Règlement des sinistres	22
Article 10 Garantie rente d'éducation	23
10.1. Définition et montant des prestations	23
10.2. Doublement de la rente d'éducation en cas de décès des deux parents	23
10.3. Paiement et durée	23
Article 11 Garantie rente de conjoint	23
11.1. Bénéficiaire	23
11.2. Définition et montant des prestations	23
11.3. Paiement et durée	24
Article 12 Garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente	24
12.1. Définition des garanties	24
12.2. Garantie incapacité temporaire de travail	24
1. Définition	24
2. Rechute	25
3. Paiement et durée des prestations	25
12.3. Garantie invalidité permanente	25
2. Paiement et durée des prestations	26
12.4. Reprise d'activité	26
12.5. Règle du cumul (ou principe indemnitaire)	26
12.6. Subrogation	27
Article 13. Garanties liées à la dépendance d'un proche	28
13.1 Définition du proche de l'assuré	28
Article 14. Garanties liées aux congés familiaux	29
14.1 Congé de présence parentale	29
14.2 Congé de proche aidant	30
14.3 Congé de solidarité familiale	31
TITRE 3. Pièces justificatives	33
CONDITIONS PARTICULIERES	38
Article 15. Adhésion	38
Article 16. Définition des catégories de personnel	38
Article 17. Tableau des garanties du Régime Socle	39
article 18. Garanties modulaires	41
Document à signer et à remettre à votre employeur	46

TITRE 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

Article 1. Objet du contrat

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

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux salariés couverts les garanties de prévoyance.

Les Conditions générales de la notice fixent les conditions dans lesquelles l'organisme assureur assure le versement de prestations en cas de décès ou d'invalidité permanente et totale, d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité.

Malakoff Humanis Prévoyance est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 2. Notice d'information à destination des assurés

Les sociétés adhérentes s'engagent :

- à remettre à chaque assuré salarié une notice, rédigée par l'organisme assureur, précisant l'étendue des garanties dont il bénéficie, les modalités d'application, les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- à informer les assurés salariés des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une notice établie à cet effet par l'organisme assureur.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur et aux sociétés adhérentes.

Article 3. Affiliation des assurés

3.1. Modalités d'affiliation des assurés

Sont garantis, sans condition d'ancienneté, les assurés définis à l'article 16 des conditions particulières.

- d'une part, qui avaient la qualité d'assuré au titre des anciens contrats en vigueur la veille de la date d'effet du présent contrat ou de l'adhésion au contrat de la société adhérente ;
- d'autre part, tous les futurs salariés ou futurs anciens salariés qui :
 - se conforment aux dispositions exposées ci-après ;
 - remplissent les conditions particulières à chaque assurance.

Les sociétés adhérentes s'engagent :

- à affilier tous les assurés présents et futurs entrant dans ces catégories ;
- à faire parvenir les pièces nécessaires à l'affiliation dans un délai d'un mois.

Les mutations relatives aux assurés (embauches, promotions, départ, décès, etc...) doivent être signalées à l'organisme assureur, à la diligence et sous votre responsabilité dans un délai de quinze jours.

L'organisme assureur s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

3.2. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part de la société adhérente 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 demeurent acquises à l'organisme assureur.

3.3. Situation de famille de l'assuré

Lorsque les prestations sont liées à la situation de famille de l'assuré, sont retenus pour le calcul de prestations :

- le conjoint, tel que défini au préambule,
- les enfants à charge au jour du décès répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son partenaire dans le cadre d'un PACS, pris en compte dans le quotient familial du foyer fiscal de l'assuré ;
 - Les enfants de l'assuré dont il n'a pas la garde, bénéficiaires d'une pension alimentaire à sa charge et admise en déduction de son revenu imposable ;
 - Les enfants de l'assuré à la charge fiscale de la personne avec qui il vit maritalement, si le choix du rattachement fiscal de l'enfant s'est porté sur cette personne ;
et remplissant l'une des trois conditions suivantes :
 - de moins de 18 ans,
 - de plus de 18 ans et de moins de 26 ans étudiants ou en contrat d'apprentissage, ayant des ressources permanentes brutes inférieures au SMIC,
 - sans condition d'âge s'ils sont handicapés et que ce handicap justifie le droit au bénéfice de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoivent l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L 821-1 de ce code (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond prévu par décret, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC),
 - l'enfant majeur de l'assuré, qui est personnellement fiscalement imposable et qui remplit les conditions prévues ci-dessus,
 - l'enfant de l'assuré, né viable moins de 300 jours après le décès.

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Article 4. Durée des garanties

4.1. Prise d'effet des garanties

1. Les salariés en activité à la date d'effet du contrat

Les salariés sont garantis à la date d'effet du contrat.

2. Les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat

Les salariés en arrêt de travail, pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat bénéficient à compter de cette date des dispositions définies au contrat.

3. Les salariés affiliés postérieurement à la date d'effet du contrat

En cas de demande d'affiliation présentée après la date d'effet du contrat, les garanties prennent effet pour les salariés à la date d'embauche.

4.2. Prise d'effet des modifications des garanties

Toute modification des garanties du contrat à une date donnée s'applique dès cette date aux assurés concernés en cas de réalisation de risques futurs.

En conséquence, les assurés inscrits aux effectifs de l'entreprise et en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat peuvent prétendre concernant les garanties décès :

- au maintien des garanties au titre des anciens contrats ;
- au bénéfice des garanties au titre du présent contrat pour le différentiel si les modalités sont plus favorables.

Tous les autres engagements de prestations périodiques conséquence d'un décès ou d'un arrêt de travail, antérieur à la date de modification et qui sont à la charge du contrat, sont maintenus selon les mêmes modalités que celles qui prévalaient antérieurement.

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

4.3. Renonciation

L'assuré, qui bénéficie d'un maintien facultatif de ses garanties, peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation à son choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

La renonciation est définitive.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon affiliation au contrat n°, ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article « renonciation » du contrat. »

4.4. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- du fait de la rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité ;
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail, à l'exception des périodes de maintien;
- du fait de la liquidation, par le salarié, de sa pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf en cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par l'article L.161-22 du Code de la sécurité sociale ou en cas de retraite progressive, telle que définie par l'article L. 351-15 du même code ;
- en cas de non-paiement de la cotisation prévoyance, dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables en la matière ;
- en cas de décès du salarié ;
- à la date de la résiliation du contrat d'assurance, selon les conditions et modalités définies par la loi ou ledit contrat, sans préjudice des dispositions des articles 7 et 7-L de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

4.5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

1. Effets de la résiliation sur les assurés en activité et les assurés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité

La résiliation ou démission / radiation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les assurés concernés. La société adhérente est débitrice de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation ou démission / radiation.

Les assurés concernés peuvent souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, une garantie individuelle « capital décès » sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les deux mois qui précèdent la date de résiliation ou de démission / radiation.

2. Effets de la résiliation sur les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente

Pour les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, la garantie en cas de décès est maintenue dans les conditions prévues à l'article 5.2.

3. Effets de la résiliation sur les prestations décès

La garantie double effet en cas de décès du dernier parent, cesse à la date de la résiliation.

4. Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, rente de conjoint et rente d'éducation en cours de service cesseront d'être revalorisées. Elles continueront à être servies à leur niveau atteint lors de la résiliation et 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.

La prestation versée au titre de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité permanente qui s'applique est celle en vigueur à la date de résiliation du contrat ou de la garantie, ou à la date de radiation des effectifs.

L'assiette de calcul des prestations est figée à la date de résiliation du contrat ou de la garantie ou à la date de radiation de l'assuré des effectifs.

Dans le cas où les assurés en incapacité de travail ou en invalidité 1ère catégorie ont repris une activité salariée et bénéficient de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat, les prestations versées au titre de ces dispositions seront calculées à partir du traitement actualisé diminué du traitement perçu au titre de cette activité.

En cas de résiliation ou démission / radiation, quelle qu'en soit la cause, la société adhérente est débitrice de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation ou démission / radiation.

En cas de changement d'organisme assureur :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe à la société adhérente 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 d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel organisme assureur :

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

5. Les obligations

En cas de changement d'assureur, il incombe à la société adhérente de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente ainsi que les rentes de conjoint ou d'éducation en cours de service,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,
- continuera d'assurer le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la portabilité pour la période de droits restant à couvrir.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, la société adhérente s'engage à informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

Article 5. Maintien des garanties

5.1. Maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu

1. Suspension du contrat de travail

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 (activité partielle, reclassement, mobilité ...) versé par le souscripteur,

ou

- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

et plus généralement s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021).

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

2. Suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

3. Suspension du contrat de travail non rémunéré

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par ailleurs, au-delà de cette période, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties Décès 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 sabbatique,
- création d'entreprise,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

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.

En dehors des cas visés ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

5.2. Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente dont la survenance intervient en cours de contrat

Les garanties en cas de décès sont maintenues, y compris en cas de rupture du contrat de travail, y compris après la résiliation du contrat, pendant la durée du versement soit :

- des indemnités journalières de la Sécurité sociale en cas d'arrêt maladie,
- des pensions d'invalidité,
- des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50%, tant que l'assuré n'a pas repris une activité totale, ou liquidé sa pension de retraite.

Il est précisé qu'en cas de cumul emploi - retraite, le maintien des garanties décès est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Les cotisations restent dues dans les conditions prévues au contrat.

5.3. Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

En cas de cessation du contrat de travail non consécutive à un licenciement pour faute lourde et ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, l'assuré bénéficie, à titre gratuit, du maintien des garanties.

L'assuré devait être couvert au titre du présent contrat au moment de la cessation de son contrat de travail.

1. Prise d'effet des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

2. Durée et condition du maintien

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou de la durée totale de ses contrats successifs au sein de la société adhérente, appréciée en mois et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

3. Cessation des garanties

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage,
- la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit, et ce dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

4. Définition des garanties

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

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.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

5. Assiette des prestations

L'assiette de calcul des prestations est identique à celle défini dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait, et est apprécié au jour de la cessation du contrat de travail.

6. Obligations d'information de la société adhérente

La société adhérente est tenue :

- d'informer ses salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail,
- d'informer l'organisme assureur des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien, dans un délai de trente jours.

Les anciens salariés qui étaient couverts à la date d'effet du contrat, par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, bénéficient du maintien des garanties du présent contrat s'ils continuent à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

5.4. Maintien des garanties pendant les congés familiaux

Le maintien des garanties prévoyance et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés, en contrepartie de cotisations.

Les garanties sont maintenues tant que les assurés font partie des effectifs.

Article 6. Cotisations

6.1. Montant et révision des cotisations

1. Assiette 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.

Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 définies, par dérogation aux conditions générales, comme suit :

- T1 : Rémunération dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale
- T2 : Rémunération comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour les assurés ayant un revenu de remplacement versé par le souscripteur et bénéficiant d'un maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail, la base de calcul des cotisations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Toutefois, pour les assurés en chômage partiel, la base de calcul des cotisations correspond au salaire brut mensuel et intègre l'indemnité versée au titre du chômage partiel. Cette indemnité sera reconstituée à un taux de 100%.

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 assujéti aux charges sociales.

La base de calcul des cotisations correspond au salaire brut annuel des douze mois civils précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail pour :

- les assurés dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières,
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès.

2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés, au contrat en pourcentage, de l'assiette de calcul des cotisations.

3. Révision des taux de cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer au 1^{er} janvier de chaque année si les résultats des contrats des entreprises constituant le périmètre de consolidation le nécessitent.

6.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement, par les sociétés adhérentes, à terme échu, dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil. Elles font l'objet d'une régularisation annuelle pour tenir compte de l'assiette de cotisation sur la période d'assurance annuelle.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre d'assurés cotisants à la fin du trimestre civil concerné ;
- l'assiette ou les assiettes servant de base au calcul des cotisations pour la période concernée.

L'organisme assureur peut demander aux sociétés adhérentes, dès qu'il a connaissance d'une procédure collective telle que définie au préambule, le paiement d'une cotisation exceptionnelle permettant d'assurer le maintien des garanties en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

Cette cotisation exceptionnelle est déterminée, notamment, en fonction du taux de cotisation des anciens salariés couverts au titre de la portabilité et de la durée prévisionnelle de maintien au titre de la portabilité.

Les sociétés adhérentes sont seules responsables du paiement des cotisations.

A ce titre, elles procèdent à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'organisme assureur.

6.3. Non-paiement des cotisations

A défaut du paiement de l'intégralité des cotisations au terme du délai de 15 jours de son échéance ou de la cotisation exceptionnelle résultant de l'aggravation du risque dans un délai de 15 jours suivant l'envoi de la proposition, une mise en demeure de paiement chiffrée par l'organisme assureur, est adressée au souscripteur ou à la société adhérente par lettre recommandée. En cas de non-paiement, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure. Le contrat ou l'adhésion au contrat est résilié partiellement ou totalement 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

Article 7. Prestations

7.1. Assiette 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 annuel de l'assuré des douze mois civils ayant précédé l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence).

Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 définies, par dérogation aux conditions générales, comme suit :

- T1 : Rémunération dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale
- T2 : Rémunération comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

En tout état de cause, la base de calcul des prestations au titre de la garantie Rente éducation est au moins égale au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Pour les assurés ayant un revenu de remplacement versé par le souscripteur et bénéficiant d'un maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail, la base de calcul des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Toutefois, pour les assurés en chômage partiel, la base de calcul des prestations correspond au salaire brut mensuel et intègre l'indemnité versée au titre du chômage partiel. Cette indemnité sera reconstituée à un taux de 100%.

Pour les assurés bénéficiant d'une rente d'invalidité au titre du contrat et reprenant une activité à temps partiel, il est appliqué à la base de calcul initialement retenue de la rente d'invalidité la nouvelle quotité de temps travaillé éventuellement revalorisée.

La période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail pour :

- les assurés bénéficiant de la portabilité,
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 360.

7.2. Revalorisation des prestations

1. En cours de service

Le conseil d'administration de l'organisme assureur peut décider chaque année de revaloriser les prestations périodiques en cours de service (garanties rente d'éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire de travail - invalidité permanente), ainsi que l'assiette de calcul des prestations.

2. Garanties décès

À compter de la date du décès de la personne ouvrant droit à prestation et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie à l'article 9.8, la prestation mentionnée au présent contrat, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

7.3. Déclaration de sinistres et paiement des prestations

Tout sinistre doit être déclaré à l'organisme assureur grâce aux formulaires prévus à cet effet. Cette déclaration précisant la date du sinistre doit être faite dans les six mois qui suivent l'événement.

Lors d'une demande de prestations, le souscripteur ou la société adhérente atteste que l'assuré appartient (ou appartenait) à la catégorie garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et communique les éléments de rémunération permettant de déterminer l'assiette des prestations définie à l'article 7.1.

L'organisme assureur peut demander les justificatifs nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires de la société adhérente.

En cas de litige entre l'assuré et le régime de Sécurité sociale, l'organisme assureur aligne sa position sur celle de cet organisme.

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, 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 à l'entreprise adhérente (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

7.4. Restitution de l'indu

L'organisme assureur est fondé à demander la restitution des sommes réglées indûment aux bénéficiaires, quelles qu'en soient les raisons (doublon, erreur de calcul, changement de situation non déclaré...).

7.5. Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

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 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 10 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 qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.

l'assuré, 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 conserve 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.

7.6. Étendue territoriale

Les garanties s'exercent sur le territoire français. Elles peuvent cependant s'exercer dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels ou à l'occasion du détachement d'un assuré salarié hors du territoire français.

7.7. Obligation de déclaration des déplacements groupés par les entreprises adhérentes

Tout voyage aérien ou maritime de plus de 50 salariés et tout déplacement terrestre de plus de 200 salariés en dehors des locaux habituels de travail devront faire l'objet d'une déclaration préalable au moins trois semaines avant le départ ou l'évènement.

A défaut de déclaration préalable, et / ou acceptation de la part de l'assureur, l'engagement de l'assureur sera limité à 100 millions d'euros par évènement.

Par évènement, il faut entendre un accident ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins 3 assurés entrant dans le cadre de ce traité.

L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties accordées (capitaux ou capitaux constitutifs des rentes) par l'assureur par un ou plusieurs contrats au titre des risques entrant dans le cadre du présent contrat (risques décès et incapacité de travail).

7.8. Exclusions

Exclusions concernant l'ensemble des garanties

Est exclu de l'ensemble des garanties souscrites au contrat, tout évènement ouvrant droit à prestation consécutif à un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, auquel l'assuré a pris une part active.

Exclusions concernant la garantie Incapacité-invalidité

Les faits intentionnellement provoqués par l'assuré ne sont pas couverts (hors suicide).

Exclusions concernant la garantie décès ou Invalidité permanente totale par accident

Les garanties « décès et invalidité permanente totale par accident » et « décès par accident du travail » ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- faits intentionnellement provoqués par l'assuré (hors suicide),
- guerres civiles ou étrangères : quelles que soit le lieu où se déroulent les évènements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- émeutes et actes de terrorisme : sauf si l'assuré n'y prend pas une part active ou s'il effectue son devoir professionnel pour le compte du souscripteur ou d'une société adhérente,
- rixes : sauf en cas de légitime défense,
- utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et autres formes de vol libre,
- courses, matches, paris : lorsque le salarié prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, paris, concours ou essais, comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules et d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aériens,
- état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du salarié est susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état),
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- atome : sont exclus de la garantie :
 - les sinistres provenant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
 - les sinistres dus à des radiations ionisantes, à l'exception de ceux résultant de radiations ionisantes pour les salariés exposés dans leurs missions en raison de l'utilisation de radio-tracteurs dans les bacs moteurs.

7.9. 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.

Article 8. Dispositions générales

8.1. 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 ignoré jusque-là.

Lorsque la société adhérente, 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 de la société adhérente, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par la société adhérente, l'assuré ou le bénéficiaire.

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

Elle est portée à dix ans lorsque pour les opérations mentionnées au a) de l'article L. 931-1 du Code de la sécurité sociale, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur s'adresse à la société adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou le bénéficiaire s'adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

8.2. Réclamation - médiation

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

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour le souscripteur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,

- pour les assurés et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

8.3. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris 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 reconnaît être informé par l'organisme assureur, en sa qualité de responsable de 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 par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion 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 auquel elles appartiennent; et ce y compris, en sa qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré 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'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

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

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris 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...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service médical et 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 ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

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 varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. 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 (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

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, en justifiant de son identité, dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le 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 dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

TITRE 2. Dispositions relatives aux garanties

Article 9. Garantie capital décès

La présente garantie a pour objet d'assurer, dans les conditions prévues au contrat, le versement de capitaux en cas de décès ou d'invalidité permanente totale de l'assuré.

9.1. Capital décès toutes causes

En cas de décès d'un assuré, les bénéficiaires désignés perçoivent un capital dont le montant est fixé aux Conditions particulières.

9.2. Perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie 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 cumulatives suivantes :

- être classé avant son départ à la retraite en 3^{ème} catégorie d'invalidité permanente par la Sécurité sociale ou bénéficier d'un taux d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne de la Sécurité sociale.

Notre médecin conseil a la possibilité d'apprécier la demande de l'assuré et de reconnaître l'état de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

La date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de la notification par la Sécurité sociale. La demande doit être effectuée dans les vingt-quatre mois qui suivent la date de notification d'attribution de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

Pour déterminer le montant du capital décès toutes causes versé par anticipation l'organisme assureur retient la situation familiale de l'assuré au jour de la reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie et des majorations pour enfants ou ascendants à charge met fin à la garantie « capital décès toutes causes » de l'assuré.

9.3. Décès simultané ou postérieur du second parent

En cas de décès simultané ou postérieur du second parent de l'enfant à charge, non remarié ou n'ayant pas conclu un nouveau pacte civil de solidarité avec un tiers, chaque enfant à charge, célibataire, âgé de moins de 21 ans à la date du décès du second parent, perçoit un capital dont le montant est fixé aux Conditions particulières.

Est considéré comme décès postérieur, le décès de la personne ouvrant droit à prestation qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré et à la condition que le contrat soit en cours à la date du décès du dernier parent.

Compte tenu de ce qui précède, **la garantie cesse au plus tard au terme du 365ème jour qui suit le décès de l'assuré.** En tout état de cause, **la garantie cesse le jour de la résiliation du contrat.**

9.4. Capital décès supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

En cas de décès accidentel ou d'invalidité permanente totale consécutive à un accident, des capitaux supplémentaires peuvent être versés. Leurs montants et modalités d'attribution sont fixés aux Conditions particulières.

Le décès ou la reconnaissance de l'invalidité doivent intervenir dans les douze mois qui suivent cet accident. Le capital décès accidentel n'est pas dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle l'assuré est reconnu en invalidité permanente totale si celui-ci a perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente totale de l'assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

9.5. Capital décès supplémentaire en cas de décès accidentel consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle

En cas de décès accidentel consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, des capitaux supplémentaires peuvent être versés. Leurs montants et modalités d'attribution sont fixés aux Conditions particulières

Par accident du travail, on entend l'accident dont la cause est définie au paragraphe ci-dessus, survenu sur le lieu et à l'occasion du travail, et reconnu à ce titre par la Sécurité sociale. Sont pris en compte les accidents de trajet se produisant dans le cadre d'une mission professionnelle, à l'exclusion de ceux survenant sur le trajet reliant le domicile et le lieu de travail.

Par maladie professionnelle, on entend celle qui a été indemnisée à ce titre par la Sécurité sociale.

9.6. Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

En l'absence de désignation bénéficiaire particulière, en cas de décès de l'assuré, le capital, hors majoration pour enfants à charge, est versé selon la priorité suivante :

- **au conjoint de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ;**
- **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, vivants ou représentés ;**
- **à défaut, aux descendants de l'assuré ;**
- **à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants directs de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;**
- **à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.**

Pour le capital, hors majorations pour enfants, l'assuré est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement.

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 par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur, de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par 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 lui est notifiée par écrit.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'organisme assureur procédera 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.

9.7. Rente enfant handicapé

En cas de décès de l'assuré, une rente viagère revalorisable est attribuée aux enfants handicapés tels que définis à l'article 3.3, âgés de moins de 21 ans à la date du décès de l'assuré.

Le montant annuel de cette rente est fixé aux Conditions particulières.

En cas de résiliation du contrat ou de la garantie capital décès, la rente enfant handicapé en cours de service cessera d'être revalorisée. Elle continuera à être servie à son niveau atteint lors de la résiliation.

Paielements et durée

Les modalités de versement de cette rente sont définies comme suit :

La date d'effet de la rente est fixée au premier jour du mois suivant le décès de l'assuré.

Les rentes sont payées par trimestre civil, à terme échu.

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

Toute modification de la situation de l'enfant handicapé doit être signalée à l'organisme assureur sans délai.

L'organisme assureur demande annuellement de justifier que les enfants handicapés continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

Le service de la rente cesse définitivement à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être bénéficiaire. Il en est de même en cas de décès de l'enfant bénéficiaire.

9.8. Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille

La garantie « Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille » a pour objet de verser un capital à la personne qui a engagé les frais d'obsèques, de l'assuré, de son conjoint au sens du contrat ou d'un de ses enfants à charge ou ascendant à charge tel que défini au préambule sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant et dans les limites fixées au tableau descriptif des modules.

Les dispositions éventuellement prévues en cas de décès d'un enfant à charge s'appliquent également à l'enfant né sans vie.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations frais d'obsèques dès lors que le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

9.9. Règlement des sinistres

L'assuré peut prévoir au profit des bénéficiaires que le capital garanti soit affecté en tout ou partie à la constitution d'un capital différé ou d'une rente immédiate ou différée, temporaire ou viagère, selon les modalités en vigueur au moment du sinistre auprès de l'assureur.

Article 10 Garantie rente d'éducation

La présente garantie a pour objet en cas de décès ou d'invalidité permanente totale de l'assuré d'assurer à chaque enfant bénéficiaire, dans les conditions prévues au contrat, le service d'une rente.

10.1. Définition et montant des prestations

L'organisme assureur verse aux enfants bénéficiaires, une rente temporaire immédiate progressive dont le montant annuel est fixé aux Conditions particulières.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés tels que définis à l'article 3.3.

10.2. Doublement de la rente d'éducation en cas de décès des deux parents

En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint, partenaire de Pacs ou concubin, le montant de la rente d'éducation est doublé.

Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à douze mois.

Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours d'un même évènement.

10.3. Paiement et durée

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès de l'assuré.

La majoration correspondant à la progression de la rente intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Les rentes sont payables mensuellement, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sous condition de vie et, pour l'enfant de plus de 18 ans, sur présentation annuelle d'un justificatif de la condition d'enfant à charge (telle que définie à l'article 3.3).

En cas de décès du bénéficiaire, un prorata de rente est dû pour le trimestre civil au cours duquel il décède.

Le versement de la rente cesse définitivement à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être bénéficiaire.

Chaque rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

La rente est versée sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant

Article 11 Garantie rente de conjoint

La présente garantie a pour objet, en cas de décès de l'assuré, d'assurer au conjoint survivant, dans les conditions prévues au contrat, le service d'une rente temporaire.

11.1. Bénéficiaire

Par dérogation au préambule, par conjoint, il faut entendre la personne mariée au salarié, non séparée de corps par jugement définitif.

Le nouveau mariage lui fait perdre définitivement tout droit à prestation au titre de la présente garantie.

11.2. Définition et montant des prestations

Lorsque le conjoint survivant n'est pas en mesure de bénéficier d'une pension de réversion immédiate au titre des régimes de retraite complémentaire auxquels l'assuré était affilié, l'organisme assureur lui verse une rente temporaire immédiate dont le montant annuel est mentionné aux Conditions particulières.

11.3. Paiement et durée

La date d'effet des rentes est fixée au lendemain du jour du décès de l'assuré.

Les rentes sont payables trimestriellement, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sous condition de vie et sur présentation annuelle de la copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire avec mentions marginales délivrée depuis moins de trois mois.

En cas de remariage ou de décès du bénéficiaire, la rente est supprimée au jour du remariage ou du décès, un prorata de rente étant dû pour le trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire se remarie ou décède.

La rente temporaire cesse à la date à laquelle le conjoint liquide la pension de réversion du régime de retraite complémentaire du régime unifié AGIRC-ARRCO et au plus tard à la date à laquelle le conjoint peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire du régime unifié AGIRC-ARRCO.

La rente est versée sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III.

Article 12 Garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente

12.1. 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 dans les conditions prévues au contrat.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et que l'organisme assureur reconnaît, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions de l'article 7.5.

Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

12.2. Garantie incapacité temporaire de travail

1. 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 est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale.

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention collective.

Les assurés bénéficiant d'un temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'une maladie ou accident ou en travail aménagé ou à temps partiel à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle sont pris en charge sous réserve que pendant cette période l'assuré perçoive une rémunération de son activité réduite versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Dans ce cas, le montant des indemnités journalières complémentaires est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale, et du salaire brut versé par l'employeur à l'assuré au titre de son activité.

Les assurés bénéficiant d'une indemnité temporaire d'incapacité versée par la Sécurité sociale conformément aux articles L433-1 alinéa 5, et D433-2 à D433-8 du Code de la Sécurité sociale bénéficient de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail dans les mêmes conditions. Toutefois, pour le calcul de la prestation ainsi que pour la règle de cumul, l'indemnité temporaire d'incapacité servie par la Sécurité sociale se substitue à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.

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 ou cessation du contrat de travail, le montant des prestations est versé directement à l'assuré et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

2. Rechute

Toute reprise d'activité suspend le versement des indemnités journalières complémentaires de la part de l'organisme assureur qui sont rétablies pour tout nouvel arrêt de travail survenant dans la même année civile :

- dès le 1er jour indemnisé par la Sécurité sociale pour les salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention collective du 14 mars 1947 d'une part, et pour les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective du 14 mars 1947 ne bénéficiant d'aucun maintien de salaire d'autre part ;
- au plus tôt à la fin de toute garantie de salaire pour les salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la Convention collective du 14 mars 1947, bénéficiant d'un maintien de salaire.

Si le nouvel arrêt se situe dans une nouvelle année civile, une nouvelle franchise est appliquée.

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

3. Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées, sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant, à la société adhérente sauf si le contrat de travail est rompu, auquel cas, elles sont versées à l'assuré.

Le service des indemnités journalières cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du présent contrat,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale ou par le régime complémentaire unifié AGIRC - ARRCO, sauf en cas de cumul emploi-retraite.

12.3. Garantie invalidité permanente

1. Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité 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), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1ère catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2ème catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3ème 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,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur

selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 50%. 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 correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50% et inférieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 1ère 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 2ème 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 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 50%.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale.

Le montant annuel des rentes d'invalidité est fixé aux Conditions particulières.

2. Paiement et durée des prestations

La date d'effet des rentes est fixée à la date de reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale.

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'invalidité reconnu par la sécurité sociale, l'allocation versée par l'organisme assureur est modifiée à partir de la même date.

Elles sont versées à l'assuré, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que l'assuré perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale.

Les rentes d'invalidité cessent :

- **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,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à aux dispositions relatives au « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- **à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,**
- **à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'assuré atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie),**
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

12.4. Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue à bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul visée à l'article 12.5.

L'assuré ou la société adhérente doivent, sans délai, informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard du régime de la Sécurité sociale.

A défaut, l'assuré doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

12.5. Règle du cumul (ou principe indemnitaire)

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

Au titre de la règle de cumul, chacun des éléments ci-dessous est retenu pour son montant net de prélèvements sociaux quel que soit le destinataire du paiement.

De ce fait, le cumul des éléments versés :

- par l'organisme assureur,
- par la Sécurité sociale (**à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne**),
- par tout autre organisme,
- le cas échéant, par Pôle Emploi,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net (communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration d'arrêt de travail) **de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat.**

En cas de cumul d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la prestation complémentaire invalidité ou incapacité permanente n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle. Ainsi, le salaire perçu par l'assuré, à déduire de la prestation complémentaire ne comprend pas les revalorisations salariales et/ou annuelles, à condition que la quotité du temps de travail de l'assuré soit inchangée.

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

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

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.

12.6. 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 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 de perte totale et irréversible d'autonomie 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.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

Article 13. Garanties liées à la dépendance d'un proche

Ces garanties ont pour objet d'assurer, dans les conditions prévues au contrat :

- le versement à l'assuré d'un capital l'aidant à pallier les conséquences financières liées à l'état de dépendance totale d'un proche (*),
- le versement au bénéfice d'un proche de l'assuré en état de dépendance totale ou partielle, d'un capital en cas de décès de l'assuré aidant.

(*) sous réserve que l'état de dépendance ait été déclaré à l'organisme assureur.

13.1 Définition du proche de l'assuré

Par proche de l'assuré, nous entendons :

- le père,
- la mère,
- le conjoint tel que défini au préambule.

13.2 Définition de l'état de dépendance

L'état de dépendance est reconnu au proche de l'assuré dont l'état de santé est consolidé sans possibilité d'amélioration et que l'organisme assureur classe dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie gérontologie groupe iso-ressources (AGGIR) définit ci-dessous.

1. GIR 1

Ce groupe correspond à titre indicatif aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

2. GIR 2

Ce groupe correspond à titre indicatif à :

- une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou
- une personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer.

3. GIR 3

Ce groupe correspond à titre indicatif aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

13.3 Formalités à accomplir

En cas de dépendance d'un proche de l'assuré, il appartient à l'assuré de nous informer et de nous apporter les pièces justificatives de l'état de santé du proche dépendant.

Les pièces justificatives demandées sont mentionnées au Titre III du présent avenant.

Pour le capital supplémentaire en cas de décès de l'aidant, l'attestation de versement de l'APA devra couvrir une période incluant le décès.

13.4 Evaluation de l'état de dépendance

Le médecin conseil de l'organisme assureur reconnaît l'état de dépendance sur les bases des justificatifs fournis. En cas de dépendance partielle (GIR 3), le médecin conseil de l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier l'état de dépendance du proche de l'assuré par le médecin de son choix et (ou) de faire pratiquer les examens médicaux et (ou) de demander les pièces complémentaires qu'il jugera nécessaires.

Un dossier refusé pourra être à nouveau examiné par le médecin conseil de l'organisme assureur à condition :

- qu'un délai de trois mois minimum se soit écoulé depuis la dernière étude,
- que de nouvelles pièces justificatives actualisées et comportant des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé du proche de l'assuré soient produites.

Si le proche de l'assuré refuse de transmettre les pièces nécessaires à la constitution du dossier ou de se soumettre à un contrôle médical demandé, l'organisme assureur ne pourra pas donner suite à la demande de garantie.

Si après examen du dossier complet, le médecin conseil de l'organisme assureur reconnaît l'état de dépendance du proche de l'assuré selon les conditions du présent contrat, les droits à prestations sont ouverts au proche de l'assuré.

13.5 Recours du proche de l'assuré

Dans le cas où le proche de l'assuré, son représentant légal ou le médecin de son choix serait en désaccord avec la décision du médecin conseil de l'organisme assureur, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties. Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des tribunaux parmi les spécialistes en gériatrie.

À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le tribunal de grande instance du domicile de l'assuré qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties.

Article 14. Garanties liées aux congés familiaux

Ces garanties ont pour objet de garantir à l'assuré ayant bénéficié d'un congé familial, le paiement d'une allocation journalière complémentaire dans les conditions prévues au contrat.

14.1 Congé de présence parentale

Définition de la garantie

L'organisme assureur garantit le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas de congé de présence parentale de l'assuré dont l'enfant à charge au sens des articles L.512-3 et suivants du Code de la sécurité sociale est atteint d'une maladie, d'un handicap ou est victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants. Cette indemnité est également versée en cas de transformation du congé en période d'activité à temps partiel.

Les assurés bénéficiant de la portabilité peuvent percevoir une indemnité journalière complémentaire de l'organisme assureur dans les conditions prévues au présent article sans avoir à justifier d'un congé de présence parentale ou de la transformation de ce congé en période d'activité à temps partiel.

L'indemnité journalière complémentaire est fixée en pourcentage de la base de calcul des prestations définie à l'article 7.1

Le nombre d'indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur pour un même enfant à charge, au titre d'un mois civil, ne peut être supérieure à 22 jours.

Délai de carence

L'indemnité journalière complémentaire n'est versée qu'à l'issue d'une période de carence de trois jours et ce même en cas d'intervention de la Caisse d'allocations familiales.

Durée et paiement des prestations

L'indemnité journalière complémentaire est servie dès le 4^{ème} jour de versement de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) par la Caisse d'allocations familiales (CAF).

Elle est versée sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant et cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les allocations journalières de présence parentale (AJPP) de la Caisse d'allocations familiales (CAF), y compris en cas de suspension,
- le jour de la reprise du travail, sauf en cas de transformation du congé de présence parentale en période d'activité à temps partiel,
- en tout état de cause, au terme de la période de 90 jours continus ou discontinus d'indemnisation par an, y compris en cas de cumul de la période de congé à temps plein ou à temps partiel,
- à la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite,
- et en tout état de cause le jour suivant le décès de l'assuré ou de l'enfant à charge.

14.2 Congé de proche aidant

Définition

Une indemnité journalière complémentaire peut être versée par l'organisme assureur en cas de congé de proche aidant de l'assuré ou de transformation de ce congé en période d'activité à temps partiel, pour venir en aide à l'une des personnes suivantes qui présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité :

- soit son conjoint tel que défini au préambule,
- soit son ascendant ou celui de son conjoint tel que défini au préambule,
- soit son descendant ou celui de son conjoint tel que défini au préambule,
- soit un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L.512-1 du Code de la sécurité sociale,
- soit son collatéral jusqu'au 4^{ème} degré ou celui de son conjoint tel que défini au préambule,
- soit une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Les assurés bénéficiant de la portabilité peuvent percevoir une indemnité journalière complémentaire de l'organisme assureur dans les conditions prévues au présent article sans avoir à justifier d'un congé de proche aidant ou de la transformation de ce congé en période d'activité à temps partiel.

L'indemnité journalière complémentaire est fixée en pourcentage de la base de calcul des prestations définie à l'article 7.1

Le nombre d'indemnités journalières complémentaires versées à l'assuré au titre d'un mois civil ne peut être supérieure à 22 jours.

Délai de carence

L'indemnité journalière complémentaire n'est versée qu'à l'issue d'une période de carence de trois jours et ce même en cas d'intervention de la Caisse d'allocations familiales.

Durée et paiement des prestations

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire débute à compter du 4^{ème} jour de versement de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) par la Caisse d'allocations familiales (CAF).

Elle est versée sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant et cesse :

- à la date à laquelle prennent fin les allocations journalières du proche aidant (AJPA) versées par la Caisse d'allocations familiales (CAF), y compris en cas de suspension,
- le jour de sa reprise de travail, sauf en cas de transformation du congé de proche aidant en période d'activité à temps partiel,
- en tout état de cause, à l'issue d'une période de 90 jours continus ou discontinus d'indemnisation,
- à la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf en cas de cumul emploi-retraite,
- et en tout état de cause, le jour suivant le décès de l'assuré ou de la personne accompagnée.

14.3 Congé de solidarité familiale

L'organisme assureur garantit le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas de congé de solidarité familiale de l'assuré ou de transformation de ce congé en période d'activité à temps partiel en vue d'accompagner à domicile :

- soit un ascendant,
- soit un descendant,
- soit un frère,
- soit une sœur,
- soit une personne partageant le même domicile qui souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou qui est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable,
- soit une personne l'ayant désignée comme personne de confiance au sens de l'article 1111-6 du Code de la santé publique.

Les assurés bénéficiant de la portabilité peuvent percevoir une indemnité journalière complémentaire de l'organisme assureur dans les conditions prévues au présent article sans avoir à justifier d'un congé de solidarité familiale ou de la transformation de ce congé en période d'activité à temps partiel.

L'indemnité journalière complémentaire est fixée en pourcentage de la base de calcul des prestations définie à l'article 7.1.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur pour une même personne accompagnée ne peut être supérieure à 90 jours continus ou discontinus.

Délai de carence

L'indemnité journalière complémentaire n'est versée qu'à l'issue d'une période de carence de trois jours et ce même en cas d'intervention de la Sécurité sociale.

Durée et paiement des prestations

L'indemnité journalière complémentaire est servie dès le 4^{ème} jour de versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) par le Centre national des demandes d'allocations (CNAJAP).

Elle est versée sur présentation des justificatifs mentionnés au Titre III du présent avenant et cesse :

- le jour de la reprise du travail de l'assuré, sauf en cas de transformation du congé de solidarité familiale en période d'activité à temps partiel,
- en tout état de cause, au terme de la période de 90 jours continus ou discontinus d'indemnisation, y compris en cas de cumul de la période de congé à temps plein ou à temps partiel,
- à la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite,
- et en tout état de cause, le jour suivant le décès de l'assuré ou de la personne accompagnée.

14.4 Règle du cumul

Les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

De ce fait, le cumul des prestations servies au titre de la garantie « Aide aux aidants » :

- par l'organisme assureur,
- par le Centre national des demandes d'allocations (CNAJAP) ou par la Caisse des allocations familiales (CAF),
- par tout autre organisme,
- le cas échéant, par la personne accompagnée,
- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net de l'assuré déterminé à la date du congé. Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur sont réduites à due concurrence. Le montant du salaire net doit être communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration de suspension du contrat de travail ou d'exercice de l'activité à temps partiel.

Dans le cadre de cette règle de cumul, les éléments précités sont retenus pour leur montant net quel que soit le destinataire du paiement.

TITRE 3. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Garanties du régime socle et garanties complémentaires aux garanties du régime socle

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTÉ D'ÉDUCATION	RENTÉ DE CONJOINT	FRAIS D'OBSEQUES	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré 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	X	X		X	X	X			X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X	X				
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X	X	X				
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X					
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, 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 ...)	X	X	X	X		X				
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X				X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		X				
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X			X	X
Numéro SS du bénéficiaire de la prestation (dans le cadre des demandes taux PASRAU à la DGFIP) clé d'identification				X	X					

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D'EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	FRAS D'OBSEQUES	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X						X		X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X						X		X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles relatifs aux modalités d'ouverture du droit à prestation et aux délais de transmission des pièces justificatives		X							X	
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X							X	X
Facture acquittée						X				
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X					
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X					
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X						X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	ALLOCATION OBSEQUES	DECES ACIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE
Toutes pièces officielles : 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.							X	X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (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									X	X
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									X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 50%.										X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale										X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Garanties liées à la dépendance d'un proche et congés familiaux

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	CAPITAL « AMENAGEMENT LORS DE LA DEPENDANCE D'UN PROCHEE »	CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES DE L' AIDANT	CONGE DE PRESENCE PARENTALE	CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE	CONGE DE PROCHE AIDANT
Attestation de versement de l'APA à l'aidé (au titre d'une dépendance en GIR 1 ou 2)	X	X			
Factures des travaux réalisés et des frais engagés	x				
Facture de l'organisme d'aide à la personne acquittée au nom de l'aidant	x				
Cesu	x				
RIB du bénéficiaire	x	X			
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	x	X			
Copie de la pièce d'identité de l'assuré en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	x	X	X	X	X
Attestation de versement de l'APA à l'aidé (au titre d'une dépendance en GIR 3)		X			
Tout élément complémentaire qui semblerait nécessaire au Médecin Conseil pour justifier de l'état de dépendance de l'aidé en GIR 3		X			
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de la suspension de son contrat de travail (ou d'exercice de l'activité à temps partiel) et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations			X	X	X
Attestation sur l'honneur de suspension du contrat de travail (sauf en cas d'exercice de l'activité à temps partiel)			X	X	X
RIB de l'entreprise adhérente			X	X	X
Bulletin de salaire des 12 mois précédent le congé			X	X	X
Justificatif de versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie par le Centre national des demandes d'allocations (CNAJAP) précisant la date de départ et la durée du congé effectif				X	
Justificatif de versement de l'allocation journalière de présence parentale par la Caisse d'allocations familiales (CAF) précisant la date de départ et la durée du congé effectif			X		

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	CAPITAL « AMENAGEMENT LORS DE LA DEPENDANCE D'UN PROCHE »	CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES DE L' AIDANT	CONGE DE PRESENCE PARENTALE	CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE	CONGE DE PROCHE AIDANT
Justificatif de versement de l'allocation journalière du proche aidant par la Caisse d'allocations familiales (CAF) précisant la date de départ et la durée du congé effectif					X
Le cas échéant, attestation sur l'honneur justifiant que l'assuré est employé par la personne accompagnée					X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré			X	X	X
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			X	X	X

D'autre part, pour l'ensemble des garanties ci-dessus, nous pourrions être amenés à demander toute pièce complémentaire qui serait jugée nécessaire pour la bonne exécution du contrat.

CONDITIONS PARTICULIERES

Article 15. Adhésion

Le souscripteur et les sociétés adhérentes concluent le contrat dans un cadre collectif obligatoire les garanties prévoyance :

DU REGIME SOCLE

- capital décès - titre 2 – article 9 des conditions générales,
- rente d'éducation - titre 2 - article 10 des conditions générales,
- rente de conjoint - titre 2 - article 11 des conditions générales,
- incapacité temporaire-invalidité - titre 2 - article 12 des conditions générales.

DU REGIME MODULAIRE

➤ Modules de garanties liées à la dépendance d'un proche ou pour congés familiaux

- Module : Capital "aménagement" lors de la dépendance d'un proche – titre 2 – article 13 des conditions générales,
- Module : Capital supplémentaire en cas de décès de l'aidant– titre 2 – article 13 des conditions générales,
- Module : Indemnisation des congés familiaux – titre 2 – article 14 des conditions générales.

➤ Modules de garanties décès en complément des garanties du régime socle

- Module : Capital décès – titre 2 – article 9 des conditions générales,
- Module : Rente Education – titre 2 -article 10 des conditions générales,
- Module : Rente temporaire de conjoint – titre 2 article 11 des conditions générales,
- Module : Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille – titre 2 – article 9.8 des conditions générales.

Article 16. Définition des catégories de personnel

La catégorie de personnel assurée par le contrat est l'ensemble du personnel.

Article 17. Tableau des garanties du Régime Socle

Garanties « Régime Socle »	Prestations en % du Salaire Annuel Brut T1 T2
Décès Toutes causes ou perte totale et irréversible d'autonomie	
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans enfant à charge	200% T1 T2
Marié, Pacsé avec ou sans enfant à charge	269.50% T1 T2 jusqu'à 4 PASS + 200% T2 de 4 à 8 PASS
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement avec 1 ou plusieurs enfants à charge	269.50% T1 T2 jusqu'à 4 PASS + 200% T2 de 4 à 8 PASS
Majoration par enfant à charge supplémentaire	30% T2 de 4 à 8 PASS
Décès accidentel ou perte totale et irréversible d'autonomie par accident (dans les 12 mois qui suivent l'accident)	
Capital supplémentaire en % du capital décès toutes causes	50% T1 T2 jusqu'à 4 PASS + 100% T2 de 4 à 8 PASS
Décès suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle (hors accident de trajet intervenu entre le domicile et le lieu de travail)	
Capital supplémentaire	300% T1 T2
Décès du second parent non remarié, non PACSE et âgé de - 65 ans	
Capital versé à chaque enfant à charge, célibataire et âgé de - 21 ans à la date du décès du second parent égal à	67.38% T1 T2 jusqu'à 4 PASS + 30% T2 de 4 à 8 PASS
Rente enfant handicapé	
Rente viagère annuelle revalorisable versée aux enfants handicapés âgés de - 21 ans à la date du décès de l'assuré	8% T1 T2 jusqu'à 4 PASS + 3.6% T2 de 4 à 8 PASS
Rente éducation ⁽¹⁾	
<i>Rente annuelle d'éducation par enfant à charge jusqu'au 26ème anniversaire :</i>	
- jusqu'au 11ème anniversaire	10% T1 T2
- du 11ème au 18ème anniversaire	15% T1 T2
- du 18ème au 26ème anniversaire (si études)	20% T1 T2
- au-delà du 26ème anniversaire et sans limite d'âge pour les enfants handicapés ⁽²⁾	20% T1 T2
Rente temporaire de conjoint	
Pour les sinistres antérieurs au 1er janvier 2019, rente annuelle égale	Nbre de points AGIRC et ARRCO acquis x coefficient de réversion x valeur des points
Pour les sinistres à compter du 1er janvier 2019, rente annuelle égale	Nbre de points AGIRCARRCO acquis x coefficient de réversion x valeur du point

Incapacité temporaire (4)		<i>Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité Sociale</i>
Franchise pour salariés cadres , tels que définis aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres		90 jours continus
Franchise pour les salariés non-cadres , à l'exception des salariés relevant de l'article 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres		En relais du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles ⁽³⁾ et au plus tôt au 76 ^{ème} jour
En cas d'arrêts successifs, et pour les salariés non-cadres, ne bénéficiant d'aucun maintien de salaire et pour les salariés cadres, seuls les arrêts d'une durée supérieure à un mois continu de date à date, compris dans une même année civile, sont cumulés et décomptés du délai de franchise.		
En cas de maladie ou accident vie privée		
Cadres	Jusqu'à 180 jours	100% T1 T2
	Au-delà de 180 jours et jusqu'à expiration des droits à IJSS ⁽⁵⁾	75% T1 T2
Non cadres	Jusqu'à expiration des droits à IJSS ⁽⁵⁾	75% T1 T2
En cas d'accident du travail / maladie professionnelle		
Cadres	Jusqu'à 180 jours	100% T1 T2
	Au-delà de 180 jours et jusqu'à expiration des droits à IJSS ⁽⁵⁾	85% T1 T2
Non cadres	Jusqu'à expiration des droits à IJSS ⁽⁵⁾	85% T1 T2
Invalidité (4)		<i>Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité Sociale</i>
Rente invalidité annuelle 1ère catégorie		45% T1 T2
Rente invalidité 2ème et 3ème catégorie		75% T1 T2
Taux d'incapacité compris entre 33% et 66%		51% T1 T2
Taux d'incapacité égal ou supérieur à 66%		85% T1 T2

- (1) Le salaire de référence retenu pour les garanties Rentes Éducation est au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.
- (2) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.
- (3) Les obligations conventionnelles de l'employeur au titre du maintien de salaire des personnels non-cadres évoluent au 01/01/2024.
- (4) Le total des prestations cumulées ne peut excéder le salaire net que l'assuré aurait perçu en activité.
- (5) Indemnités Journalières ou Indemnités Temporaire d'Inaptitude versées par la Sécurité Sociale.

article 18. Garanties modulaires

Les garanties ci-après ont pour objet de permettre à l'assuré d'avoir le choix entre plusieurs modules pour le versement de prestations. L'assuré bénéficie d'une dotation de 200 points à répartir entre des modules. L'assuré devra obligatoirement choisir les modules pour une valeur de 200 points.

Choix du module

Les modules peuvent être choisis parmi les garanties suivantes :

- **Modules de garanties liées à la dépendance d'un proche pour une valeur de 100 points**
 - Module : Capital "aménagement" lors de la dépendance d'un proche
 - Module : Capital supplémentaire en cas de décès de l'aidant
 - Module : Indemnisation des congés familiaux
- **Modules de garanties décès en complément des garanties du régime socle pour une valeur de 50 points**
 - Module : Capital décès
 - Module : Rente Education
 - Module : Rente temporaire de conjoint
 - Module : Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille

Le salarié exprime son choix lors de son affiliation.

Il peut le modifier :

- tous les trois ans (sauf en cas de dépendance d'un proche) avec prise d'effet au 1er janvier, la demande de modification devant nous parvenir avant le 31 décembre qui précède ;
- en cas de dépendance d'un proche, vers les modules liés à la dépendance d'un proche : à tout moment avant la fin de la période triennale, dès la reconnaissance en dépendance du proche, avec obligation de maintenir son choix pour le reste de la période triennale en cours et sur une période triennale supplémentaire. La modification prendra effet au lendemain du jour de la demande ;
- en cas de modification de situation familiale notifiée dans les deux mois qui suivent l'évènement. Dans ce cas, la modification prend effet au lendemain du jour de l'évènement, avec obligation de maintenir son choix pour le reste de la période triennale et sur une période triennale supplémentaire ;
- en cas de modification contractuelle opérée par l'organisme assureur sur l'un des modules choisis, la demande doit lui être notifiée dans les trois mois qui suivent. Dans ce cas, la modification prend effet au lendemain du jour de la modification.

Les modules « Capital "aménagement" lors de la dépendance d'un proche » et « Capital décès X 2 » seront retenus par l'organisme assureur pour le paiement des prestations :

- En l'absence de choix formel de l'assuré,
- Si la situation de famille de l'assuré au moment de l'évènement ouvrant droit aux prestations ne permet pas l'application du module choisi.

Tout choix de module non porté à la connaissance de l'assureur avant le paiement des prestations prévues au contrat lui est opposable.

Tableau descriptif des modules

Garanties liées à la dépendance d'un proche ou aux congés familiaux

		Points	Multi souscription	Choix par défaut
Module	Capital "aménagement" lors de la dépendance d'un proche			
Versement d'un capital de 2000€ en cas de dépendance totale d'un proche (Père, Mère ou Conjoint)	Cette garantie est versée sous forme d'un remboursement des frais engagés par le salarié au bénéfice d'un proche dépendant (Père, Mère ou Conjoint) reconnu GIR 1 ou 2 depuis moins d'un an. Ces remboursements peuvent concerner : - Aménagements du domicile de la personne dépendante pour lesquels les travaux ont été réalisés par un professionnel et également les aménagements réalisés (sans pose) sur présentation de factures de matériaux. - La liste des installations et équipements spécialement conçus pour l'accessibilité des logements aux personnes âgées ou handicapées est définie par le code général des impôts ; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036487614/ - En tout état de cause la facture doit être acquittée. - Embauche d'une aide-ménagère - Maison de convalescence - les EHPAD - Transports privés/ Déplacements d'un proche - o en cas de transport par train, taxi, voiture personnelle, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'un billet SNCF aller/retour 2^{ème} classe, - o en cas de transport par avion, le remboursement est effectué sur la base du billet classe économique aller/retour, - et, dans la limite des dépenses réellement engagées (train, avion, essence, taxi, péage). Les remboursements sont pris en charge avec une limite globale de 2000€ par période triennale. Les remboursements se déclenchent dès lors que la personne dépendante est déclarée en GIR1 ou GIR2. Les remboursements sont effectués à l'assuré sur présentation d'une facture acquittée. Ce module peut être souscrit à tout moment dès la reconnaissance en dépendance du proche et se substituer à un ou plusieurs modules souscrits. Dans ce cas de figure, l'assuré devra maintenir son adhésion pour le reste de la période triennale en cours et la période triennale suivante.	100	NON	Oui x 1

Module	Capital supplémentaire en cas de décès de l'aidant	Points	Multi souscription	Choix par défaut
Versement d'un capital de 75 000€ au bénéfice de l'aidé dépendant Il s'agit d'un capital supplémentaire en cas de décès du salarié Aidant, si l'un de ses proches (Père, Mère ou Conjoint) se trouve en dépendance totale GIR 1/ 2 ou partielle GIR 3 (sur acceptation du médecin conseil de l'assureur) au moment du sinistre décès. Le bénéficiaire de ce capital est la personne aidée ou directement le tuteur ou curateur. Ce capital ne peut être versé qu'une seule fois quel que soit le nombre de personnes dépendantes. Ce module peut être souscrit à tout moment dès la reconnaissance en dépendance du proche et se substituer à un ou plusieurs modules souscrits. Dans ce cas de figure, l'assuré devra maintenir son adhésion pour le reste de la période triennale en cours et la période triennale suivante.		100	NON	NON
Module	Indemnisation des congés familiaux	Points	Multi souscription	Choix par défaut
Versement d'Indemnités journalières complémentaires dans le cas de congés de présence parentale, d'accompagnement de personne en fin de vie ou de congés proche aidant Versement des Indemnités journalières brutes sous déduction de l'AJPP (Allocation journalière brute de présence parentale versée par la CAF) ou de l'AJAP (Allocation journalière brute d'accompagnement d'une personne en fin de vie versée par la Sécurité Sociale) ou de l'AJPA (Allocation journalière brute proche aidant versée par la CAF) à hauteur de 75% de (TA + TB + TC) pendant 3 mois après 3 jours de carence, dans la limite du salaire net déterminé à la date du congé.		100	NON	NON

Modules de garanties décès en complément des garanties du régime socle

		Points	Multi souscription	Choix par défaut
Module	Capital décès			
Versement d'un capital supplémentaire de 30% du salaire annuel de base		50	Oui x2	Oui x2
	Ce capital supplémentaire à celui du capital prévu au titre du régime socle est versé aux bénéficiaires désignés par l'assuré pour le capital du régime socle. Ce module peut être retenu deux fois et pour une période triennale.			
Module	Rente Education			
Versement d'une rente éducation de 5% du salaire annuel de base par enfant à charge		50	Oui x2	NON
	Cette rente éducation supplémentaire à celle du régime socle est versée à l'enfant à charge de l'assuré au moment de son décès. Ce module peut être retenu deux fois et pour une période triennale.			
Module	Rente temporaire de conjoint			
Versement d'une rente temporaire au conjoint de l'assuré de 5% du salaire annuel de base		50	Oui x2	NON
	Cette rente temporaire de conjoint supplémentaire à celle du régime socle est versée au conjoint de l'assuré au moment de son décès (jusqu'à l'ouverture des droits à pension de réversion). Par conjoint, il faut entendre la personne mariée au salarié, non séparée de corps par jugement définitif. Ce module peut être retenu deux fois et pour une période triennale.			
Module	Allocation obsèques Décès d'un membre de la famille			
Prise en charge des frais d'obsèques en cas de décès de l'assuré ou d'un membre de sa famille		50	Oui x2	NON
	En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, d'un ascendant à charge ou d'enfant à charge, les frais d'obsèques sont pris en charge et versés au membre de la famille ayant acquitté la facture des Pompes Funèbres. Le forfait est fixé à 125% du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (*) dans la limite des frais réels. Il sera réévalué chaque année en fonction de l'évolution du PMSS. Ce module permet la prise en charge d'un sinistre par période triennale. Cette allocation ne peut donc être versé qu'une seule fois par période triennale. Son montant peut être doublé si le salarié a retenu la multi souscription			

(*) PMSS fixé réglementairement au 1^{er} janvier de chaque année. A titre indicatif, pour 2022, le PMSS est de 3428 €.

Fait à PARIS, le 10 janvier 2023

IMPORTANT

Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),.....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties de Prévoyance
souscrites au titre du contrat n° par mon entreprise :

.....

à effet du : 1^{er} janvier 2023

auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

À le

Signature

