

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HABITAT ET DU  
LOGEMENT ACCOMPAGNES (IDCC 2336)**

# Prévoyance

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**

**NOTICE D'INFORMATION PREVOYANCE**

1<sup>er</sup> janvier 2022



## Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature





# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b>	<b>4</b>
<b>PRÉAMBULE</b>	<b>8</b>
<b>TITRE 1 LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT</b>	<b>9</b>
1.1. Objet du contrat	9
1.2. Obligations liées à la territorialité	9
1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat	9
<b>TITRE 2 LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT</b>	<b>11</b>
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	11
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	11
2.3. Cessation de l'affiliation	11
<b>TITRE 3 LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES</b>	<b>12</b>
3.1. Objet des garanties	12
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties	12
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat	12
3.4. Garanties décès et Invalidité Permanente et Absolue	12
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail –invalidité et incapacité permanente professionnelle	14
3.6. Exclusions	17
3.7. Prestations	17
3.8. Degré élevé de solidarité	21
3.9. Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement par le(s) bénéficiaire(s)	21
<b>TITRE 4 MAINTIEN DES GARANTIES</b>	<b>22</b>
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	22
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	22
<b>TITRE 5 EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS</b>	<b>24</b>
5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin ») :	24
5.2. Prestations en cours de service (art 7 « Loi Evin ») :	24
5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») :	24
5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation	24
5.5. Obligations du souscripteur du fait de la résiliation	24
<b>TITRE 6 LES COTISATIONS</b>	<b>25</b>
6.1. Assiette et montant	25
6.2. Modalités de paiement	25
6.3. Exonération des cotisations	25
<b>TITRE 7 REFERENCES LEGALES</b>	<b>26</b>
7.1. Fausse déclaration	26

7.2. Déchéance	26
7.3. Prescription	26
7.4. Subrogation	27
7.5. Réclamation –médiation	27
7.6. Juridiction compétente	27
7.7. Protection des données à caractère personnel	27
7.8. Autorité de contrôle	28
<b>TITRE 8 PIECES JUSTIFICATIVES</b>	<b>29</b>
Pièces nécessaires au paiement des prestations	29
▪ <b>COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS</b>	<b>31</b>
<b>Annexe I – GARANTIES</b>	<b>33</b>

# LEXIQUE

Dans la présente notice, les termes suivants sont utilisés :

**L'organisme assureur ou les organismes assureurs**

**Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité permanente professionnelle et Décès/ Invalidité Permanente et Absolue (IPA) / Allocation Obsèques :**

- **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE** : Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale. Numéro SIREN 775 691 181. Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale. Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R. Numéro SIREN 333 232 270 – Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris
- **MUTEX**, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros - inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social est situé au 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. MUTEX est représentée pour la mise en place du contrat d'assurance, sa conclusion le cas échéant, ainsi que pour son suivi commercial, par un organisme distributeur.

MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.

**Pour la couverture de la Rente éducation :**

- **OCIRP**, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan 75008 Paris.

Les Organismes assureurs mentionnés ci avant sont habilités à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.

Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs de la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/ Incapacité permanente professionnelle et Décès / Invalidité Permanente et Absolue (IPA) / Allocation Obsèques, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat faisant l'objet d'une co-recommandation entre les organismes susmentionnés. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et des assurés. Cet organisme a reçu mandat de l'OCIRP pour la gestion de la garantie Rente éducation.

**Le souscripteur**

L'entreprise relevant du champ d'application de de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés, qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur retenu au bénéfice des assurés.

**La catégorie assurée**

Le personnel cadre et non cadre du souscripteur tel que visé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ».

On entend par :

Personnel cadre : les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017,

Personnel non cadre : les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

## L'assuré

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

## Le conjoint

Il est entendu par conjoint :

- La personne liée à l'assuré par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ou non divorcé(e) par un jugement définitif,
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacs à l'assuré en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en concubinage avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un pacs. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union.

## Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire, sans condition,
- jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
  - d'être en apprentissage,
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrit auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle,
  - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge pour les enfants reconnus en invalidité équivalente à l'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adultes handicapés ou tant qu'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité ». Cet état d'invalidité doit être reconnu avant l'âge limité mentionné ci-dessus.

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

## Les bénéficiaires

Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.

<b>L'accord de prévoyance</b>	Le régime conventionnel de prévoyance défini au Chapitre XVII de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés du 16 juillet 2003 modifié en dernier lieu par l'avenant 57 du 23 septembre 2021.
<b>Le contrat d'assurance</b>	Le contrat d'assurance souscrit, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance.
<b>Accident</b>	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
<b>L'acte authentique</b>	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
<b>L'acte sous seing privé</b>	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
<b>Affection de longue durée (ALD)</b>	Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale.
<b>DSN</b>	La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
<b>Maladie</b>	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Plafond annuel de la Sécurité sociale</b>	Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur <a href="http://www.securite-sociale.fr">www.securite-sociale.fr</a> .
<b>Portabilité</b>	Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.
<b>Procédures collectives</b>	Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site <a href="http://www.légifrance.fr">www.légifrance.fr</a>

**Sécurité sociale  
(Régime obligatoire)**

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

**Sinistre**

Réalisation du risque.

**Les tranches de  
salaire 1 et 2**

Le salaire étant ventilé en tranches de salaire 1 et 2 celles-ci s'entendent ainsi :

- Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale,
- Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

# PRÉAMBULE

**Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés.**

Suite à la fusion rattachant la Convention Collective Nationale des personnels PACT et ARIM à la Convention Collective Nationale des Foyers de jeunes travailleurs (FJT), les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré par l'avenant n°57 du 23 septembre 2021 un régime conventionnel de prévoyance commun, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale désormais dénommée Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés, en recommandant les organismes assureurs définis au Lexique de la présente notice d'information.

L'entreprise relevant de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés, adhère au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire du régime de prévoyance mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés au profit des assurés.

La présente notice d'information a pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles l'organisme assureur, garantit aux salariés, ou à leurs ayants-droit les prestations en cas de Décès et Arrêt de Travail prévues par la Convention collective.

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

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

## TITRE 1 LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

### 1.1. Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'un des organismes assureurs mentionnés au Lexique.

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde des garanties de prévoyance en cas de décès toutes causes, invalidité permanente et absolue (IPA), allocation obsèques, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle, sans sélection médicale, aux salariés appartenant aux catégories de personnel assuré. Le contrat prévoit également le versement d'une rente éducation aux enfants à charge tels que définis au Lexique, en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue (IPA) de l'assuré.

Les catégories de personnel assuré, bénéficiaires des garanties précitées sont :

- **Personnel dit « cadre »** : les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017,
- **Personnel dit « non-cadre »** : les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

### 1.2. Obligations liées à la territorialité

L'activité du souscripteur est réputée s'exercer sur le territoire national.

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

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

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

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

### 1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat

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

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

- de la revalorisation des indemnités journalières ou de leur rente perçue(s) au titre du contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, selon les conditions prévues à la présente notice d'information.
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues à la présente notice d'information.
- des garanties décès revalorisées au titre de l'alinéa précédent, pour le montant éventuel des prestations excédant celui des garanties décès maintenues par l'ancien assureur conformément à l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin),
- de l'éventuel différentiel au titre des garanties décès et arrêt de travail en cas d'indemnisation moindre d'un assuré par l'organisme assureur antérieur.

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

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

### **1.3.2 En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement**

Pour les souscripteurs n'ayant pas souscrit de contrat de prévoyance collectif antérieur, les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat dès sa date d'effet, y compris pour les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle.

## TITRE 2 LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT

---

### 2.1. Conditions et formalités d’affiliation

#### 2.1.1 Personnes assurables

Les bénéficiaires sont tous les salariés présents et futurs appartenant aux catégories de personnel définies aux conditions particulières ou au contrat d’adhésion.

Sont également bénéficiaires :

- les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d’un maintien des garanties tel que prévu dans la présente notice d’information,
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d’effet du contrat jusqu’à expiration de leurs droits.

#### 2.1.2 Formalités d’affiliation

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

Le souscripteur doit retourner cette liste nominative dans les trente (30) jours qui suivent la date d’affiliation demandée.

### 2.2. Prise d’effet de l’affiliation

L’affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception de la liste nominative du personnel dûment complétée dans les délais prévus à l’article 2.1.2. « Formalités d’affiliation ».

#### 2.2.1 A la souscription du contrat

L’affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat de l’entreprise.

#### 2.2.2 En cours du contrat

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

### 2.3. Cessation de l’affiliation

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

- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle il cesse d’appartenir à la catégorie assurée,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu’en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l’article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail » (portabilité),
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d’assurance vieillesse d’un régime obligatoire quel qu’en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu’en soit le motif sauf application des dispositions de l’article 5.3 « pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») »,
- à la date du décès de l’assuré.

## TITRE 3 LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

---

### 3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou d'Invalidité Permanente et Absolue de l'assuré et en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de ce dernier.

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7.2. « Règlement des prestations ».

### 3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

#### 3.2.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à la date d'effet de son affiliation.

#### 3.2.2 Suspension et cessation des garanties

Sauf dans les cas prévus à l'article 4.1.1 « Suspension du contrat de travail rémunéré », la suspension du contrat de travail de l'assuré entraîne celle des garanties.

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

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée etc.),
- en cas de non-paiement des cotisations,
- et en toute état de cause, à la date de résiliation du contrat.

### 3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

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

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

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités.

### 3.4. Garanties décès et Invalidité Permanente et Absolue

#### 3.4.1 Garantie décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré quel qu'en soit la cause, un capital dont le montant est indiqué au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

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

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

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

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

Cette acceptation prend la forme :

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

**Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable.**

**L'assuré ne pourra pas la modifier sauf :**

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

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

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

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

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

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

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

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

alors le capital est réintégré à l'actif successoral.

Il appartient à l'assuré selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner sur sa désignation particulière, les bénéficiaires « par défaut » souhaités.

Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de bénéficiaire « à défaut mes héritiers ».

Si l'assuré ne communique pas à l'organisme assureur une désignation particulière de bénéficiaire, les capitaux décès, sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint tel que défini au Lexique de la présente notice d'information,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, aux petits enfants de l'assuré,
- à défaut de descendants directs, par parts égales entre eux, aux parents survivants de l'assuré et, à défaut de ceux-ci, aux grand parents survivants ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers de l'assuré selon les règles successorales.

### **3.4.2 Garantie Invalidité Permanente et Absolue toutes causes**

En cas d'invalidité permanente et absolue de l'assuré reconnue par l'organisme assureur selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale., **celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions suivantes :

- l'assuré (exclusivement dans ce cas au profit de celui ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), doit être reconnu par l'organisme assureur en 3<sup>ème</sup> catégorie des invalides (invalide incapable d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante)
- et l'assuré (hors assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), doit également percevoir de la Sécurité sociale une pension d'invalidité (3<sup>ème</sup> catégorie).

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

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

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

**Le versement du capital invalidité permanente et absolue met fin à la garantie décès toutes causes de l'assuré.**

Le capital est versé obligatoirement à l'assuré ou à son représentant légal.

### 3.4.3 Garantie Allocation Obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation à l'assuré en cas de décès de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge, tels que définis au Lexique, et dans les limites fixées en annexe. En cas de décès de l'assuré, cette allocation est versée à la personne qui a engagé les frais d'obsèques. Dans tous les cas, elle est versée sur présentation d'une facture originale acquittée.

L'allocation est limitée aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans et les personnes vulnérables citées à l'article L132-3 du code des assurances.

### 3.4.4 Garantie rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

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

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

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

Elle a pour objet de verser, à chaque enfant à charge tel que défini au Lexique, une rente temporaire d'éducation, en cas de décès de l'assuré.

En cas d'invalidité permanente et absolue telle que définie à l'article 3.4.2, l'assuré peut demander à bénéficier de la rente d'éducation par anticipation dès lors que l'enfant répond aux conditions requises pour bénéficier de la rente d'éducation.

La date d'effet de la rente est fixée au premier jour du mois civil qui suit la date de demande de versement anticipé en cas d'invalidité permanente et absolue.

**Le versement de la rente d'éducation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie "rente d'éducation" au titre du décès de l'assuré.**

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

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

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

Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire :

- cesse d'être à charge,
- décède.

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

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

## 3.5. Garanties incapacité temporaire de travail –invalidité et incapacité permanente professionnelle

### Définition des garanties

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

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement, ouvrant droit ou non aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), 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 3.7.4. « Contrôle médical ». Le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical.

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

### **3.5.1 Garantie incapacité temporaire de travail**

#### **Définition**

Tout assuré dont le contrat de travail est suspendu 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, exception faite des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant. Pour ces assurés, la prestation est versée sous réserve de la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale et après avis du médecin conseil de l'organisme assureur. La poursuite du versement de la prestation dans le temps est décidée et contrôlée par le médecin conseil de l'organisme assureur.

Le montant des indemnités journalières mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information fixé en pourcentage du salaire de référence, est exprimé sous déduction des « Indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale incluses » ou sous déduction des « en indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique » pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant.

La garantie intervient sous déduction de l'éventuel le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés du 16 juillet 2003 selon les dispositions modifiées par l'avenant n° 57 du 23 septembre 2021.

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

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

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

#### **Paiement et durée des prestations**

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

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise continue (correspondant à un nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail) ou discontinue ( correspondant au cumul d'un nombre de jours d'arrêt de travail survenu au cours des douze (12) mois précédant le dernier arrêt déclaré) telle que mentionnée au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le versement des indemnités journalières complémentaires vient en relais et complément des obligations de maintien de salaire prévues par la convention collective pour le personnel en bénéficiant, à l'issue du délai de franchise susmentionné.

A l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la Sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les assurés concernés). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

#### **Reprise du travail pour motif thérapeutique**

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

#### **Rechute**

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

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

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

### **Cessation du versement des prestations**

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

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension,
- pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions pour ouvrir en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant, à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur retenu décide de leur cessation,
- le jour de la reprise du travail de l'assuré sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,
- en tout état de cause au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, sauf prolongation en cas de reprise à temps partiel thérapeutique,
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle de l'assuré,
- à la date du refus de l'assuré de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur retenu conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

### **3.5.2 Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle**

#### **Définition**

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 cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité, selon les critères définis par le Code de la Sécurité sociale, telles que rappelées ci-dessous :
  - Invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
  - Invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
  - Invalidité de 3<sup>ème</sup> 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 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie par la Sécurité sociale ;** exception faite des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant. Pour ces assurés, la reconnaissance de l'invalidité et de la catégorie de celle-ci sont réalisées par le médecin conseil de l'organisme assureur.

- soit, est reconnu en incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33%.  
L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente professionnelle, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

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

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

#### **Paiement et durée des prestations**

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale ou reconstituée de manière théorique pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant, et est mentionné en annexe.

La rente est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée à l'article 3.7.5 « Règle de cumul » en cas de versement d'un éventuel salaire à temps partiel.

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

### **Cessation du versement des prestations**

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

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant, à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur retenu décide de leur cessation,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au sens du contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par la Sécurité Sociale,
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

### **3.6. Exclusions**

**Sont exclus des garanties décès, Invalidité Permanente et Absolue, rente d'éducation, incapacité temporaire de travail-invalidité et incapacité permanente professionnelle, les sinistres résultant des faits suivants :**

- **de faits intentionnels volontaires provoqués par l'assuré (hors suicide),**
- **de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),**
- **d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,**
- **de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,**
- **d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères.**

**Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.**

**Sont exclus de la garantie Décès et Invalidité Permanente et Absolue uniquement (hors rente éducation) les sinistres qui résultent :**

- **du meurtre commis sur la personne de l'assuré dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.**

### **3.7. Prestations**

#### **3.7.1 Salaire de référence**

Le salaire de référence sert à déterminer le montant des prestations versées par l'organisme assureur, sauf exception portée au titre des garanties exprimées de manière forfaitaire.

Le salaire annuel de référence correspond aux rémunérations brutes de chaque assuré, soumises à cotisations de Sécurité sociale déclarées au cours des douze mois précédant l'évènement générateur de garantie, pris en compte au sens de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des plafonds suivants :

- Tranche 1 : partie de la rémunération de référence au plus égale au plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

Pour le seul maintien de salaire des assurés non indemnisés par la Sécurité sociale, dès lors que la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-avant est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations de Sécurité sociale.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète pour les autres garanties, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis.

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

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

### 3.7.2 Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues dans chacune des garanties.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.7.4 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.

Sur la base des conclusions de ce contrôle médical, le service des prestations peut être modifié ou interrompu.

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 dix (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.

### **3.7.5 Règle de cumul**

**Au titre des garanties incapacité temporaire de travail ou invalidité et incapacité permanente professionnelle, 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 des garanties précitées :**

- **par l'organisme assureur ,**
- **par la Sécurité sociale reconstituée le cas échéant de manière théorique selon le cas (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 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 de l'arrêt de travail (et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat). 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 d'arrêt de travail.**

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

**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.**

**Lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont 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, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.**

### **3.7.6 Revalorisation**

#### **Revalorisation des prestations décès**

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (\*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (article 3.9) suivant les modalités prévues ci-après.

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

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

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

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

#### **Revalorisation des prestations en cours de service**

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

Les prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1<sup>er</sup> janvier, date de la revalorisation.

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

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

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

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence des garanties capitaux décès est revalorisé sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1<sup>er</sup> janvier, date de la revalorisation.

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité permanente et absolue de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

### **3.7.7 Prélèvements sociaux et impôt à la source**

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

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

### **3.8. Degré élevé de solidarité**

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, la Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 2 % de la cotisation encaissée au titre du contrat.

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

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

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

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

## TITRE 4 MAINTIEN DES GARANTIES

---

### 4.1. En cas de suspension du contrat de travail

#### 4.1.1 Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils bénéficient pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- ou d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale;
- ou d'un congé maternité ou paternité ;
- ou d'un versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, d'un congé de reclassement, de mobilité, etc).

**Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations (calculées selon les mêmes règles applicables à la catégorie de personnel dont relève l'assuré).**

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

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est précisée à l'article 6.1.1 « Base de calcul des cotisations ».

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations prévue à l'article 6.3.1 « Exonération des cotisations ».

Sans préjudice de l'application des dispositions prévues au présent contrat en cas de cessation des garanties, le maintien des garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail de l'assuré n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du présent contrat et lorsque les prestations de la Sécurité sociale et/ou complémentaires au titre de l'Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité/Incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

#### 4.1.2 Suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunéré », les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

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

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à un licenciement pour faute lourde, l'assuré bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties. Il bénéficie du maintien de garanties lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du régime prévoyance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de son contrat de travail.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans les plus brefs délais.

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

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

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

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

Les prestations sont versées directement à l'assuré (aux ayants droit en cas de décès).

Le maintien des garanties cesse à la date :

- de la cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause,
- de la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- de la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- de la résiliation du contrat,
- du décès.

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

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

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

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

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

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

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (régime obligatoire compris) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage perçues au titre de la même période.

## **TITRE 5      EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS**

La résiliation du contrat met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-après.

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

### **5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin ») :**

Les assurés concernés peuvent demander à continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

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

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

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

### **5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») :**

Les garanties décès (à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'assuré : allocation obsèques) sont maintenues aux assurés se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle. **Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité/incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.**

### **5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation**

#### **5.4.1 En cas de changement d'assureur :**

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

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

#### **5.4.2 En l'absence d'un nouvel assureur :**

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

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

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

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente professionnelle ainsi que les rentes 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.

Il incombe également au souscripteur, quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, d'informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

### 6.1. Assiette et montant

#### 6.1.1 Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur. Elle correspond au salaire brut annuel soumis à cotisations de la Sécurité sociale de l'assuré (au sens de l'article L 242.1 du code de la Sécurité sociale) dans la limite des tranches de 1 et 2 telles que définies au Lexique.

La base de calcul des cotisations comprend le salaire brut de base complété des rémunérations variables supplémentaires notamment versement de primes) perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des avantages en nature et indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite).

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

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération prévue à l'article 6.3.1 « Exonération des cotisations ».

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

#### 6.1.2 Taux de cotisations

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

### 6.2. Modalités de paiement

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

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'assuré, à l'exception des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

### 6.3. Exonération des cotisations

#### 6.3.1 Exonération des cotisations

L'organisme assureur exonère le souscripteur du paiement (part patronale et précompte de la part salariale) des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité ou Incapacité permanente professionnelle, pour l'assuré en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité, Incapacité permanente professionnelle dès le premier versement des prestations correspondant aux garanties Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité ou Incapacité permanente professionnelle par l'organisme assureur.

L'exonération est :

- totale s'il ne perçoit aucune rémunération durant la période,
- ou bien partielle, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes effectivement perçues du fait de l'activité réduite de l'assuré en Incapacité Temporaire de Travail ou en Invalidité, Incapacité permanente professionnelle.

#### 6.3.2 Maintien des garanties

L'assuré bénéficiant de l'exonération des cotisations visées ci-dessus bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites, dans les conditions définies à l'article 4.1.1 « Suspension du contrat de travail rémunéré ».

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

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité - Incapacité permanente professionnelle tels que prévus à la présente notice d'information,
- en cas de résiliation du contrat.

## TITRE 7      REFERENCES LEGALES

---

### 7.1. Fausse déclaration

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

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

### 7.2. Déchéance

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

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

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

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

### 7.3. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

La prescription est fixée à

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) 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 avec avis de réception lorsque l'organisme assureur s'adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque l'assuré ou le bénéficiaire s'adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

## 7.4. Subrogation

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

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue 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.**

## 7.5. Réclamation –médiation

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

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

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

## 7.6. Juridiction compétente

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

## 7.7. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur responsable du traitement des données à caractère personnel que l'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 9 « Coordonnées des organismes assureurs ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## **7.8. Autorité de contrôle**

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

**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 :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IPA TOUTES CAUSES	RENTED' EDUCATION	ALLOCATION OBSÈQUES	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
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
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	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	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
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			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
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
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 <sup>ème</sup> catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X				X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X			X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X			X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant					X	
Facture acquittée				X		

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IPA TOUTES CAUSES	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE- INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
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
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
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'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%.						X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale						X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X		X		

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

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

## ■ COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR
<b>Malakoff Humanis Prévoyance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par courrier à</b></li> <li>- Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex</li> <li>    Pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex</li> <li>• <b>ou par mail à :</b></li> <li>- Pour l'Employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com</li> <li>- Pour le Salarié : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par courrier à :</b> Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris</li> <li>• <b>ou par mail à :</b> <a href="https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/">https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par courrier à :</b> Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9</li> <li>• <b>ou par mail à :</b> dpo@malakoffhumanis.com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soit par lettre ou tout autre support durable ;</li> <li>• soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;</li> <li>• soit par acte extrajudiciaire ;</li> <li>• soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.</li> <li>• Soit par tout autre moyen prévu par le contrat</li> </ul>
<b>MUTEX</b>	<p>Dans un premier temps : par courrier aux services de gestion de CHORUM CONSEIL - 4-8 rue Gambetta – 92240 Malakoff</p> <p>Si la réclamation n'est pas réglée : par courrier à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par courrier : La Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09</li> <li>• Par internet : <a href="https://www.mediation-assurance.org">https://www.mediation-assurance.org</a></li> </ul>	<p>Dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail : <a href="mailto:dpo@chorum.fr">dpo@chorum.fr</a></li> <li>• Par courrier : Délégué à la Protection des Données de Chorum 4 rue Gambetta 92240 Malakoff</li> </ul> <p>Concernant les données personnelles relatives à l'état de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par courrier : Médecin conseil de MUTEX 140 avenue de la République CS 30007 92327 Châtillon Cedex</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soit par lettre ou tout autre support durable ;</li> <li>- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;</li> <li>- soit par acte extrajudiciaire ;</li> <li>- soit lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de l'adhésion par un mode de communication à distance, par ce même mode de communication</li> </ul>
<b>AG2R Prévoyance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par courrier au point d'entrée unique pour la prévoyance / santé à :</b> AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX</li> </ul> <p>Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par courrier</b> accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courrier à l'adresse suivante : <a href="mailto:entreprise.santeprevoyance@ag2r.lamondiale.fr">entreprise.santeprevoyance@ag2r.lamondiale.fr</a></li> <li>• soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;</li> <li>• soit par acte extrajudiciaire.</li> </ul>

<b>OCIRP</b>	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès du médiateur dont relève l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur
--------------	--	--	--	--

## Annexe I – GARANTIES

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence <sup>(1)</sup> tranches 1 et 2 (limitée à 4 PASS) <sup>(2)</sup>

	Prestations
<b>CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)</b>	
<b>Capital décès (ou IPA) toutes causes</b> Quelle que soit la situation familiale de l'assuré	200 % du salaire de référence <sup>(1)(2)</sup>
<b>Allocation Obsèques <sup>(3)</sup></b> En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge <sup>(5)</sup>	100 % du PMSS <sup>(3) (4)</sup>
<b>RENTE D'EDUCATION (ASSUREE PAR L'OCIRP)</b>	
<b>Rente annuelle temporaire d'éducation</b> Par enfant à charge au moment du décès jusqu'à 18 ans ou 26 ans s'il est toujours à charge et si poursuite d'études (5)	15 % du salaire de référence <sup>(1)(2)</sup> avec un minimum de 15 % du SMIC X 1,05 par mois par enfant à charge
<b>INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b>	
<b>Franchise continue ou discontinue</b>	Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la sécurité sociale ou reconstituées  Si l'assuré à une ancienneté supérieure ou égale à 12 mois : les prestations sont versées en relais et complément du maintien du salaire après une franchise de 60 jours continus ou discontinus  Si l'assuré a une ancienneté inférieure à 12 mois : les prestations sont versées à partir 61ième jour d'arrêt continu ou non
<b>Indemnité journalière complémentaire</b>	78 % du salaire de référence <sup>(1)(2)(6)</sup>
<b>INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE</b>	
<b>Rente d'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie</b>	46 % du salaire de référence <sup>(1)(2)(6)</sup>
<b>Rente d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie</b> <b>Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %</b>	78 % du salaire de référence <sup>(1)(2)(6)</sup>
<b>Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % (inclus) et 66 %</b>	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2ème catégorie est affecté du coefficient 3N/2 <sup>(6)</sup> (N : taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale)

(1) Le salaire de référence est défini à la présente notice d'information

(2) T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / T2 : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française

(3) La garantie est limitée aux frais réels d'obsèques pour les enfants et les personnes vulnérables citées à l'article L132-3 du code des assurances.

(4) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du sinistre

(5) Selon la définition des enfants à charge indiquée au « Lexique » de la présente notice d'information.

(6) Dans la limite de la règle de cumul visée de la présente notice d'information.



#### **AG2R PREVOYANCE**

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

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



#### **MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

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

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



#### **MUTEX**

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros , inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social est situé au 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex



#### **Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance**

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

Siège social : 17 rue de Marignan, 75008 Paris.