



Notice d'information

Prévoyance

Personnel cadre

Garanties au 1^{er} janvier 2024

Convention collective nationale des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (dite « ECLAT ») du 28 juin 1988

Sommaire

Présentation	3
Garanties prévoyance	5
Arrêt de travail	5
Décès ou invalidité permanente et absolue	6
Arrêt de travail	7
Contenu de la garantie	7
Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale	9
Contrôle médical.....	10
Litiges médicaux.....	10
Exclusions - Déchéances	11
Décès ou invalidité permanente et absolue.....	12
Objet de la garantie	12
Contenu de la garantie	12
Exclusions - Déchéances	15
Dispositions générales	16
Début des garanties.....	16
Cessation des garanties	16
Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties	16
Maintien des garanties	17
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge.....	19
Salaire de référence	20
Paiement des prestations	20
Revalorisation	21
Exonération des cotisations.....	22
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	22
Justificatifs	22
Prescription.....	25
Fausse déclaration intentionnelle	26
Subrogation	26
Territorialité.....	26
Degré élevé de solidarité (DES).....	26
Renseignements - Réclamation et Litige - Médiation.....	26
Protection des données à caractère personnel.....	29
Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales	31
Autorité de contrôle.....	32
Annexe : Attestation de réception de la notice d'information	33

Présentation

Votre employeur, ci-après dénommé « souscripteur », qui relève du champ d'application de la Convention collective nationale des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (dite « ECLAT ») du 28 juin 1988, a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire (dit contrat d'assurance) au profit de :

- son personnel cadre, à savoir le personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Ce contrat d'assurance couvre les risques :

- en cas d'arrêt de travail ;
- en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue.

Pour les garanties Incapacité temporaire de travail, Invalidité/incapacité permanente professionnelle, ainsi que pour les garanties Capital décès toutes causes/invalidité permanente et absolue, Frais d'obsèques, les organismes assureurs sont les suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale ;
- APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale ;
- 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. MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat ;
- le groupement de coassurance AESIO MUTUELLE / MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE composé de AESIO MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

Pour les garanties Rente d'éducation et Rente de survie handicap, l'organisme assureur est le suivant :

- l'OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

AG2R Prévoyance, APICIL Prévoyance, le groupement de coassurance AESIO MUTUELLE / MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE et MUTEX gèrent, par délégation, les garanties Rente d'éducation et Rente de survie handicap assurées par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP).

L'organisme assureur auprès duquel votre employeur a souscrit le contrat est votre interlocuteur, ainsi que celui de votre employeur.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous informer en vous remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les organismes assureurs.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à votre employeur. À cet effet, votre employeur vous fera signer une attestation de réception de la notice d'information ou de ces modifications qu'il conservera et mettra si nécessaire à la disposition des organismes assureurs.

Garanties prévoyance

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations de l'organisme assureur
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière ⁽²⁾	
Du 91 ^e jour d'arrêt de travail (discontinu ou non) et jusqu'au 1095 ^e jour au plus tard	87 % du SR (T1 + T2) ⁽¹⁾
Invalidité et Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle ⁽⁶⁾	
Rente d'invalidité 1 ^{re} catégorie	50,4 % du SR (T1 + T2) ⁽¹⁾
Rente d'invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	84 % du SR (T1 + T2) ⁽¹⁾
Accident du travail et maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente professionnelle \geq 66%	84 % du SR (T1 + T2) ⁽¹⁾

SR = Salaire de référence. T1 = Tranche 1. T2 = Tranche 2. Voir définition au paragraphe "Salaire de référence" de la présente notice d'information.

(1) Y compris les prestations de la Sécurité sociale brutes de prélèvements sociaux, reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale).

Les prestations sont calculées dans la limite de la règle de cumul des prestations/revenus perçus par le salarié (limitation au net d'activité) visée dans la présente notice.

(2) Les bénéficiaires sont les salariés ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale pour incapacité (suite maladie ou accident), invalidité, incapacité permanente professionnelle selon les garanties visées ainsi que, pour les garanties incapacité (suite maladie ou accident) et invalidité, les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par la Sécurité sociale, après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur déterminé selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Décès ou invalidité permanente et absolue

Nature des garanties	Prestations de l'organisme assureur
Capital décès toutes causes	
Quelle que soit la situation de famille	300 % du SR (T1) + 100 % du SR (T2)
Invalidité permanente et absolue	
Versement par anticipation	100 % du capital décès
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)	
Jusqu'au 18 ^e anniversaire (sans condition)	12 % du SR (T1 + T2)
Du 18 ^e au 26 ^e anniversaire sous réserve d'être à charge	15 % du SR (T1 + T2)
<p>Quel que soit son âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalent à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale, justifiée par avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention "invalidité", la rente de 15 % du SR (T1 + T2) devient viagère</p>	
<p>En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, le montant de la rente dont bénéficie l'enfant à charge est doublé</p>	
Rente de survie handicap (viagère) OCIRP ⁽¹⁾	
Si présence d'un enfant en situation de handicap	350 € par mois
Frais d'obsèques en cas de décès de l'assuré	
Versement dans la limite des frais engagés	2000 €

SR = Salaire de référence. T1 = Tranche 1. T2 = Tranche 2.

Arrêt de travail

Contenu de la garantie

Incapacité temporaire de travail

Objet et conditions de garantie

En cas d'arrêt de travail d'un assuré, consécutif à une maladie ou un accident, pris en charge au titre de l'assurance maladie (art. L.323-1 et suivant du code de la Sécurité sociale) ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (art. L.433-1 et suivant du code de la Sécurité sociale), ou en présence d'un arrêt de travail pour maladie ou accident d'un assuré non indemnisé par la Sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie et après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé à l'assuré une prestation brute dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties, y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale brutes de CSG et CRDS (reconstituées de manière théorique pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la Sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale) et l'éventuel maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur.

Cessation du paiement des prestations

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- lors de la reprise du travail ;
- lors de la mise en invalidité par la Sécurité sociale, ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les assurés n'y ouvrant pas droit ;
- à la liquidation de la pension de vieillesse de l'assuré servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi-retraite selon la réglementation en vigueur) ;
- en cas de décès de l'assuré.

En tout état de cause, les prestations ne peuvent continuer à être servies par l'organisme assureur au-delà du 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ou en cas de cessation du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières (ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les assurés n'y ouvrant pas droit).

Versement des indemnités journalières complémentaires

Le paiement des indemnités journalières complémentaires est effectué en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale ou selon les modalités communiquées par l'organisme assureur (mensuellement) à l'employeur pour le compte de l'assuré ou directement à l'assuré si celui-ci n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise, sous réserve de la réception par l'organisme assureur de l'ensemble des pièces justificatives.

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à l'issue d'une **franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinu ou non**.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par la Sécurité sociale, et prises en charge ou non par le contrat d'assurance, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

À 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 ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de

carence de trois jours). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat d'assurance.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées dans les conditions définies par le contrat d'assurance.

Invalidité et incapacité permanente professionnelle

Invalidité

Est considéré comme invalide, l'assuré classé dans les 1^{re}, 2^e et 3^e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- 1^{re} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Objet de la garantie

En cas d'invalidité de l'assuré reconnue par la Sécurité sociale (ou pour les assurés non indemnisés par la Sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en terme de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie, après accord du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur), ou en cas d'incapacité permanente professionnelle au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles d'**un taux égal ou supérieur à 66 %**, il sera versé par l'organisme assureur une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle à l'assuré.

Montant des rentes complémentaires

Lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle d'**un taux égal ou supérieur à 66 %** de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente, en fonction de la catégorie d'invalidité, dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties.

Le montant de la rente s'entend y compris la prestation de la Sécurité sociale, brute de prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA), reconstituée de manière théorique pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la Sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale, ainsi que de tout autre revenu.

La prestation complémentaire est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée ci-après.

La rente prend effet à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré, égale ou supérieur à 66 %, par la Sécurité sociale ou par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur lorsque l'assuré n'est pas indemnisé par la Sécurité sociale (date d'effet de la notification).

Cessation du paiement des prestations

Le service des prestations par l'organisme assureur cesse à la date de survenance de l'un des évènements suivants :

- cessation du versement par la Sécurité sociale des rentes,
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale,
- au décès de l'assuré.

Par ailleurs, le service des prestations cesse dès lors que l'assuré indemnisé ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, notamment en cas de contrôle médical, ou à l'initiative du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur s'agissant de l'état d'invalidité.

Versement de la rente complémentaire

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées directement à l'assuré.

Le paiement de la rente est effectué par l'organisme assureur directement à l'assuré, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité de l'assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Règle de cumul des prestations arrêt de travail

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale brutes de CSG-CRDS (CASA) reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures travaillé ou montant de cotisation réglé insuffisant) et celles versées par l'organisme assureur ainsi que tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir :

- une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, et ce, en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- une rémunération nette supérieure à la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, et revalorisée selon les conditions fixées par l'organisme assureur, et ce, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

La rémunération nette s'entend de son montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'organisme assureur, pourra être réduite en conséquence. Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en terme de durée, ni en terme d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du contrat d'assurance sont versées sans aucune particularité.

Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé :

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- Il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison.
- Dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur recommandé, en accord avec le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur recommandé seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré.
- Dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur recommandé, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir le médecin à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun.
- Sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par

l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

Contrôle médical

Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent pouvoir constater l'état de santé de l'assuré à toute période. Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

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

de l'assuré en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

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

Les organismes assureurs peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à informer le souscripteur du contrôle et du résultat de celui-ci. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou tout autre représentant ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

La situation médicale de l'assuré peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité /incapacité permanente professionnelle.

Litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil mandaté par l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du tribunal compétent statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'organisme assureur. Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'organisme ayant recueilli son adhésion restent à la charge de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. **Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.**

Exclusions - Déchéances

Sont exclus des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité/incapacité permanente professionnelle :

- **les accidents et maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire du contrat et ceux qui résultent de tentatives de suicide, mutilations volontaires ;**
- **les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant ;**
- **les blessures ou lésions provenant de courses, matchs ou paris (sauf compétitions sportives normales) ;**
- **les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, de complot, de grève ou de mouvement populaire ;**
- **les accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;**
- **les rixes, sauf le cas de légitime défense ;**
- **le congé de maternité.**

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 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.

Décès ou invalidité permanente et absolue

Objet de la garantie

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur verse des prestations au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès, ou à l'assuré en cas d'invalidité permanente et absolue. Le montant du capital est indiqué au tableau des garanties.

Contenu de la garantie

Capital décès toutes causes

Les bénéficiaires du capital dû lors du décès de l'assuré sont tout d'abord la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint lié à l'assuré par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé de corps ou non divorcé par un jugement définitif, ou au partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut, à ses enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses petits-enfants par parts égales ;
- à défaut au concubin notoire ;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales entre eux, ou au survivant de l'un d'entre eux ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers de l'assuré selon la répartition en vigueur conformément aux principes de droit de successions.

Le concubin notoire est la personne vivant avec l'assuré en concubinage 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'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

Modalités de désignation de bénéficiaire(s) par l'assuré

Il est précisé que l'assuré peut, à tout moment, faire une désignation différente selon les modalités définies ci-après, à condition que le (ou les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance.

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable,
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et l'organisme assureur.

Si l'assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de son choix auprès de l'organisme assureur.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat d'assurance, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

Cette désignation particulière peut être établie :

- sur support papier, au moyen d'un formulaire de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès lorsque celui-ci est transmis à l'assuré par l'organisme assureur ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;

- par le formulaire en ligne de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès, accessible sur le site internet de l'organisme assureur si cette possibilité est ouverte pour l'assuré.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'organisme assureur en cas de décès de celui-ci.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment, tant que le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas accepté le bénéfice de la prestation avec l'accord de l'assuré selon les modalités rappelées ci-dessus, et ce, pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'organisme assureur, le ou les nouveaux bénéficiaires. Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'organisme assureur a reçu notification du changement. Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'organisme assureur est inopposable à celui-ci.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision des pourcentages de capital affecté à chacun des bénéficiaires, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés. En cas de décès de l'un des bénéficiaires, le capital est réparti par parts égales entre les bénéficiaires survivants.

Invalidité permanente et absolue

Invalidité permanente et absolue

L'invalidité permanente et absolue (IPA) s'entend de la reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de 3^{ème} catégorie, laquelle ouvre droit au versement de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) par la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne remplissant pas les conditions pour y ouvrir droit par la Sécurité sociale, en raison de cotisations ou d'heures cotisées insuffisantes, l'invalidité de 3^{ème} catégorie est déterminée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

La preuve de l'invalidité permanente et absolue incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration par un rapport médical détaillé indiquant notamment l'origine de la maladie, son évolution et les causes qui ont provoqué l'état d'invalidité permanente et absolue.

Si l'assuré est atteint, d'une invalidité permanente et absolue reconnue par l'organisme assureur, il peut lui être versé par anticipation à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes, ainsi que la rente d'éducation définie ci-après.

L'organisme assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale qu'il jugerait utile pour apprécier l'état d'invalidité ou pour contrôler cet état.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité permanente et absolue du capital décès toutes causes met fin à la garantie décès toutes causes.

En cas d'invalidité permanente et absolue, la prestation prévue au tableau des garanties est versée à l'assuré lui-même.

Rente d'éducation OCIRP

En cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue d'un assuré, il est versé une rente **temporaire** dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties au profit de chaque enfant à charge (voir au paragraphe « Définitions des enfants à charge » de la présente notice).

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré, le montant de la rente d'éducation est doublé.

La qualité d'enfant à charge est appréciée au jour du sinistre.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité permanente et absolue des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie, en cas de décès de l'assuré.

Conditions de règlement

La rente est payable par trimestre civil et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou l'invalidité permanente et absolue de l'assuré et sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Le montant varie en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite alors « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès ou de l'invalidité permanente et absolue de l'assuré, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite indiqué au tableau des garanties.

En cas du décès ou d'invalidité permanente et absolue de l'assuré, la rente d'éducation susvisée est versée à chaque enfant à charge et sans limite d'âge, en cas d'invalidité de l'enfant reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité ».

La rente d'éducation est versée aux enfants à charge ou à leur représentant légal. Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Cessation des règlements

Les rentes éducation cessent d'être versées :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition d'enfant à charge au sens des dispositions prévues (voir au paragraphe « Définitions des enfants à charge » de la présente notice) ;
- à la date de décès du bénéficiaire, sans arrérages pour la période écoulée depuis la dernière échéance.

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. **Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.**

Rente de survie handicap OCIRP

Pour le bénéfice de la rente de survie handicap, par enfant handicapé, il faut entendre l'enfant dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septième 1^o du Code général des impôts. Pour justifier du handicap, l'enfant doit notamment être reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) comme étant en situation de handicap à charge de l'assuré ou de son conjoint, à la date du décès de l'assuré.

En cas de décès d'un assuré et en présence d'un enfant reconnu handicapé à charge, l'organisme assureur verse une rente de survie viagère dont le montant mensuel est indiqué au tableau des garanties. La qualité d'enfant handicapé est appréciée au jour du sinistre.

Les bénéficiaires de la rente survie handicap sont le ou les enfants à charge de l'assuré au moment du décès, reconnu(s) handicapé(s), tel(s) que défini(s) ci-avant.

Conditions de règlement

La rente est payable par trimestre et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès de l'assuré et sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir indiquées dans la présente notice.

La rente de survie handicap est versée à l'enfant reconnu handicapé ou à son représentant légal.

Cessation des règlements

Les rentes survie handicap cessent d'être versées à la date de décès du bénéficiaire, sans arrérages pour la période écoulée depuis la dernière échéance.

Justificatifs

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaire(s) au sens de la présente notice, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont est (sont) atteint(s) le ou les enfant(s) bénéficiaire(s) et qui empêche soit de se livrer dans des conditions normales de rentabilité à une activité professionnelle, soit s'il(s) est(sont) âgé(s) de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal.

En outre, l'OCIRP se réserve le droit de demander toute autre pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH ;
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu au bénéficiaire l'impossibilité de travailler ;

- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Frais d'obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation forfaitaire en cas de décès de l'assuré dont le montant, indiqué au tableau des garanties (dans la limite des frais réels engagés).

L'allocation est versée à la(aux) personnes ayant assuré le paiement des frais d'obsèques sur présentation d'une facture originale acquittée.

Exclusions - Déchéances

Sont exclus de la garantie décès :

- **en cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;**

Le décès survenant à la suite d'un accident d'aviation n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil pourvu d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable (le pilote pouvant être l'assuré lui-même).

Sont exclus des frais d'obsèques les sinistres résultant :

- **de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active ;**
- **de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;**
- **d'agressions commises par l'assuré, de luttes ou rixes auxquelles participe l'assuré sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que l'assuré y participe ;**
- **d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;**
- **de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.**

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 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.

Dispositions générales

Début des garanties

- À la date de prise d'effet du contrat d'assurance souscrit par l'employeur, si le salarié est présent à l'effectif à cette date ;
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat.

Cessation des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu par la présente notice d'information, les garanties du contrat d'assurance cessent :

- soit à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.) ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite selon la réglementation en vigueur) ;
- soit à la date d'effet de la radiation du contrat d'assurance ;
- soit à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie de personnel assurée.

Les garanties cessent également lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties

Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

Les garanties définies au contrat d'assurance sont maintenues pour les assurés dont le contrat de travail est suspendu et ce pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit de prestations en espèces de la Sécurité sociale et/ou de prestations complémentaires en application du contrat d'assurance ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits, ainsi que de toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité, ...).

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse la même contribution calculée comme pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation. Ces modalités de financement s'appliquent, sauf cas de dispense de cotisation (voir au paragraphe « Exonération des cotisations »).

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail de l'assuré dans des cas autres que ceux visés ci-dessus, les garanties sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
- congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;

- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre le souscripteur et l'assuré ;
- congé du proche aidant ou de solidarité familiale ;

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

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les évènements (décès, arrêts de travail ...) survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Maintien des garanties

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Conditions au maintien de l'affiliation

Bénéficiaire d'un maintien des garanties de prévoyance, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'assurance.

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du contrat d'assurance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail ;
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Il incombe au souscripteur d'informer l'ancien salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par le souscripteur, le maintien des garanties est applicable à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance (sauf cas des assurés confrontés à une situation de procédures collectives, visés ci-après).

Obligations déclaratives

Le souscripteur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France.

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

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

- la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'assuré et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si l'assuré a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

Garanties

L'ancien salarié bénéficie des garanties applicables lors de la cessation de son contrat de travail.

Le salaire de référence reste constitué par la rémunération définie dans la présente notice, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail. La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat d'assurance sont opposables à l'ancien salarié. Le souscripteur s'engage à informer l'ancien salarié de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat d'assurance, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. À ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Cas des salariés confrontés à une situation de procédures collectives

Le contrat d'assurance subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur et les salariés bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues ci-avant.

Toutefois, le contrat d'assurance peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du code du commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L.641-11-1 du code du commerce en matière de liquidation judiciaire et selon les modalités définies au contrat d'assurance. Dans ce cas, par dérogation aux conditions prévues ci-avant, le bénéfice de la portabilité des garanties est maintenu aux anciens salariés de l'entreprise ayant fait l'objet d'une procédure collective.

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

Sous réserve de l'accord de ce maintien par l'organisme assureur en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance, les salariés peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

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

Les prestations servies en cas d'Incapacité temporaire de travail ou d'Invalidité / Incapacité permanente professionnelle en cours de service à la date de cessation des droits de l'ancien salarié sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans la présente notice.

Pour les assurés dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits de l'assuré, l'organisme assureur verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation

La clause de revalorisation des prestations en cours de service prévue au paragraphe « Revalorisation » continue de produire ses effets tant que le contrat d'assurance reste en vigueur.

Sort de la Garantie Décès en cas de suspension du contrat de travail du salarié, cessation de l'affiliation du salarié ou radiation de l'adhésion de l'entreprise (en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance)

En application des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie Décès est maintenue moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévue au paragraphe « Exonération des cotisations ») à l'assuré en arrêt de travail qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité Sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) pour incapacité temporaire de travail ou invalidité – incapacité permanente professionnelle.

Le maintien de la garantie est assuré :

- tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat d'assurance et lorsque les prestations de la Sécurité sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité – incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

En cas de radiation de l'adhésion de l'entreprise (en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance), la garantie Décès prévue au contrat est maintenue dans les conditions qui y sont définies, durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité – incapacité permanente professionnelle au salarié ou ancien salarié bénéficiaire de la portabilité des droits telle que définie ci-avant, sous réserve des cas de cessations prévus ci-avant. Bénéficiaire de ce maintien, les seuls assurés précités percevant des prestations complémentaires (indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité permanente professionnelle) versées en application du contrat d'assurance auprès de l'un des organismes assureurs notifiés au paragraphe « Présentation » de la présente notice ou d'un autre organisme assureur.

Lorsque l'entreprise a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le Décès des salariés pour souscrire le présent contrat, les prestations de l'organisme assureur dues en cas de Décès d'un assuré sont versées sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur de l'entreprise.

Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge

Conjoint

- La personne liée à l'assuré par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle.

Sont assimilés au conjoint :

- **Le partenaire de PACS** : la personne ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle.
- **Le concubin** : la personne vivant avec l'assuré en concubinage 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'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

Enfants à charge (pour la garantie « Rente d'éducation OCIRP »)

Par enfants à charge pour le bénéfice de la rente d'éducation, il faut entendre les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) de l'assuré décédé (ou en invalidité permanente et absolue) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment de son décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) de l'assuré, les enfants dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils justifient :
 - de la poursuite de leurs études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance),
 - 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 inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- quel que soit leur âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Qualités

Les qualités d'assuré, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfant à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence, sauf exception portée au titre des garanties exprimées de manière forfaitaire et en euro.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des assurés, soumises à cotisations du contrat d'assurance et déclarées au cours des douze mois précédant l'événement générateur de garantie, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, selon les tranches définies comme suit :

- Tranche 1 : partie de la rémunération de référence limitée 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 (la T2 est limitée au plafond ci-contre pour l'application des présentes dispositions).

Plus particulièrement, le salaire de référence est déterminé comme suit :

- Capital Décès / IPA / Rente d'éducation : le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue.
- Incapacité temporaire de travail / invalidité / incapacité permanente professionnelle : Le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis, comme si l'assuré avait travaillé.

Paiement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Les prestations en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale ou selon les modalités

communiquées par l'organisme assureur. Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.

En cas de décès

Les prestations prévues en cas de décès sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

En cas de prestations décès n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s)

Lorsque les prestations prévues en cas de décès n'ont pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s), durant un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur (matérialisée par la réception de l'acte de décès), les sommes correspondant à ces prestations sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations, conformément à la réglementation. Lorsque lesdites sommes n'ont toujours pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) après un nouveau délai de 20 ans à compter de la date de transfert à la Caisse des dépôts et consignations, ces sommes sont acquises par l'État.

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

Les prestations périodiques (indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail, les rentes d'invalidité ou d'incapacités permanentes professionnelles) en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de l'année N en fonction d'un indice décidé annuellement par la CCPNI en accord avec les assureurs co-recommandés (hors OCIRP) et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers desdits assureurs co-recommandés.

Particularités pour les sinistres couverts au titre du présent régime et ayant pris effet antérieurement au 1^{er} janvier 2024

Les indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail et les rentes d'invalidités/incapacités permanentes professionnelles sont revalorisées selon l'évolution du point salaire conventionnel de la Convention collective nationale ECLAT.

Les rentes d'éducation et les rentes de survie handicap en cours de service sont revalorisées annuellement en référence au taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Revalorisation du salaire de référence

La revalorisation du salaire de référence servant à l'ouverture des prestations est fixée en fonction d'un taux décidé annuellement par la CPPNI en accord avec les assureurs co-recommandés (hors OCIRP) et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers desdits assureurs co-recommandés. Cette revalorisation intervient lorsqu'une période d'arrêt de travail a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), ainsi que la reconnaissance de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle.

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle antérieure à l'année civile précédant le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente éducation est revalorisé en fonction du taux fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Revalorisation des prestations en cas de résiliation du contrat d'assurance

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance, les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement. Le souscripteur prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite des revalorisations de ces prestations, notamment auprès du nouvel organisme assureur de sa couverture prévoyance. Toutefois, dans le cas où le souscripteur déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat de prévoyance n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement, les prestations servies demeurent revalorisées par l'organisme assureur dans les conditions définies au contrat d'assurance.

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

À compter de la date du décès ouvrant droit aux prestations, et jusqu'à la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives nécessaires au versement desdites prestations, et au plus tard, jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations des sommes non réclamées par le(s) bénéficiaire(s), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Exonération des cotisations

L'organisme assureur exonère le souscripteur du paiement de la cotisation au titre des assurés (part salariale et patronale) qui, à la date d'échéance de la cotisation, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale et quelle qu'en soit l'origine, depuis une période de 180 jours continus, sous réserve qu'ils ne perçoivent plus de rémunération (hors indemnités journalières ou rentes d'invalidité/incapacité permanente professionnelle versées au titre du contrat d'assurance).

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant due sur la base du salaire versé par le souscripteur.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (indemnités journalières et rentes ou dénominations assimilées) défini au tableau des garanties lorsque cette prestation est versée directement à l'assuré ou au bénéficiaire.

Justificatifs

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (travail à temps partiel, licenciement,), de la nature du sinistre (accident, ...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès	Incapacité Permanente et Absolue	Rente d'éducation	Rente de survie handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de travail	Incapacité permanente professionnelle	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X			X	X	Entreprise
Attestation du souscripteur indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Salariés ayant des employeurs multiples)						X	X	Entreprise
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X		X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X	X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident		X				X	X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X					Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire ou copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X		X	X				Mairie Bénéficiaires

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès	Incapacité Permanente et Absolue	Rente d'éducation	Rente de survie handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de travail	Incapacité-Incapacité permanente professionnelle	Organisme délivrant les pièces
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé			X					Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail de l'assuré ou, en cas de décès, précisant que l'assuré n'était pas en arrêt de travail	X	X	X			X	X	Entreprise
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X				X	X	Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X							Notaire / Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X				TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X					X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente professionnelle		X					X	MDPH
Copie intégrale du livret de famille de l'assuré	X	X	X	X				Mairie
RIB ou RIP	X		X	X	X	X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois	X		X					Tribunal d'Instance / Marie
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X		X					Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par	X	X	X	X	X	X	X	Entreprise

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès	Invalidité Permanente et Absolue	Rente d'éducation	Rente de survie handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de travail	Invalidité-Incapacité permanente professionnelle	Organisme délivrant les pièces
l'organisme assureur dûment complété par le souscripteur								
Certificat médical sous enveloppe cachetée de l'état de handicap du bénéficiaire			X	X				
Facture acquittée					X			

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action du souscripteur, de l'assuré, ou du bénéficiaire, contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, 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 décédé.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail..

Cause d'interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressé par l'organisme assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire, à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

[Article L.2240 du Code Civil](#)

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

[Article L.2241 du Code Civil](#)

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

[Article L.2242 du Code Civil](#)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

[Article L.2243 du Code Civil](#)

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

[Article L.2244 du Code Civil](#)

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée..

Fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité-Incapacité Permanente professionnelle, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires à caractère indemnitaire, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées par eux.

Territorialité

Les garanties définies à la présente notice d'information sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

Degré élevé de solidarité (DES)

Outre les garanties de prévoyance, les partenaires sociaux de la branche professionnelle ÉCLAT ont acté au sein du régime conventionnel de prévoyance conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, la mise en place de prestations à caractère non directement contributif présentant un Degré Elevé de Solidarité .

À ce titre peut notamment être prévu le financement d'actions de prévention et d'actions sociales, tant collectives qu'individuelles.

Les orientations de ces actions et leurs modalités de prise en charge sont déterminées par les partenaires sociaux susmentionnés. Leur octroi est donc subordonné à ces décisions, ceci dans la limite du fonds alloué à leur financement.

Dans le cadre de la recommandation, l'organisme assureur met en œuvre ces mesures relatives au DES, dont la gestion a été déléguée à l'OCIRP en tant que gestionnaire unique des politiques de solidarité relatif à la prévoyance.

Renseignements - Réclamation et Litige - Médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat d'assurance doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'assuré.

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat d'assurance [l'assuré, l'ancien assuré, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser à l'organisme assureur aux coordonnées mentionnées ci-après.

Le réclamant quel que soit le point de contact initial, recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur aux coordonnées mentionnées ci-après.

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'organisme assureur.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable. Le cas échéant en cas de dossier complexe, ce délai peut être étendu.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

ORGANISMES ASSUREURS	RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATION- MEDIATION
AG2R Prévoyance	<ul style="list-style-type: none"> - Demande de renseignements Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) : <ul style="list-style-type: none"> • Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00 - Réclamation Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser : <ul style="list-style-type: none"> • Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ; • Via l'espace client ; • Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX • Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 69 32 20 00 pour les particuliers. - Médiation <ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/
APICIL PRÉVOYANCE	<ul style="list-style-type: none"> - Réclamation <ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients - Équipe réclamation - 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON • Directement depuis votre espace client digital Médiation <ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris

	<ul style="list-style-type: none">• via le formulaire en ligne : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE	<ul style="list-style-type: none">– Réclamation<ul style="list-style-type: none">• par courrier à : - Pour le Salarié et/ou les ayants droit : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex• Ou par mail à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com– Médiation<ul style="list-style-type: none">• par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris• ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/
MUTEX	<ul style="list-style-type: none">– Réclamation<ul style="list-style-type: none">• en priorité au service « Réclamations » de l'organisme gestionnaire, ou à l'organisme assureur via le formulaire de contact mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/.• 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– Médiation<ul style="list-style-type: none">• Par courrier : La Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09• Par internet : https://www.mediation-assurance.org
AÉSIO	<ul style="list-style-type: none">– Réclamation<ul style="list-style-type: none">• par courrier à Pour le Salarie : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex• Ou par mail à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com– Médiation<ul style="list-style-type: none">• soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française – FNMf – 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15,• soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://saisine.mediateur-mutualite.fr.

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées, finalité et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur responsable du traitement des données, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur utilise:

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Profilage et décision automatisée

L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données de son organisme assureur.

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

- Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'organisme assureur de les mettre en œuvre.
-
- Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérente et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, les données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres de l'organisme assureur ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Eventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Dans un tel cas, l'organisme assureur s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union européenne présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européenne ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données de l'organisme assureur.

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant une demande à l'organisme assureur, à l'attention du Délégué à la protection des données. L'organisme assureur peut demander au bénéficiaire de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à la demande.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

L'organisme assureur informe de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

ORGANISMES ASSUREURS	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
AG2R Prévoyance	Par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr .
APICIL Prévoyance	Par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON ou par mail à :

	dpo@apicil.com
MUTEX	<p>Dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.</p> <p>Par mail : dpo@mutex.fr</p> <p>Par courrier : Délégué à la Protection des Données de Mutex 4 rue Gambetta 92240 Malakoff</p> <p>Concernant les données personnelles relatives à l'état de santé : Par courrier : Médecin conseil de MUTEX 140 avenue de la République CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex</p>
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE	<p>Par courrier à : Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris Cedex 9</p> <p>Par mail à : dpo@malakoffhumanis.com</p>
AÉSIO	<p>La demande peut être exercée :</p> <p>Par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 173 Rue de Bercy – 75012 PARIS</p> <p>Par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr</p>

Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le souscripteur déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse du souscripteur ou de ses dirigeants ;

- Il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.
- Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants, faute de quoi le souscripteur s'expose à la résiliation de son contrat.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales :

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Autorité de contrôle

Les organismes assureurs sont soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise : 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé -14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris.

Apicil Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social : 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire. A compter du 1^{er} avril 2024, le siège social d'Apicil Prévoyance sera situé 51, boulevard Marius Vivier MERLE – 69003 LYON.

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 : 140 avenue de la République – 92320 Châtillon.

Le groupement de coassurance AESIO mutuelle / Malakoff Humanis Prévoyance composé de AESIO Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 173 Rue de Bercy – 75012 PARIS et de MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 PARIS..

OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation et de la rente survie viagère.

Annexe : Attestation de réception de la notice d'information

À remettre à votre employeur

Je soussigné(e),reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de Prévoyance de la Convention collective nationale des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (dite « ECLAT ») souscrit par mon employeur auprès de l'Institution :

À Le

Signature du salarié :

