

Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial

Prévoyance

NOTICE D'INFORMATION

Au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
« contrat de base prévoyance »

Sommaire

Lexique	4
Titre 1. SoucRIPTION du régime conventionnel.....	9
1.1. Objet du contrat	9
1.2. Formalités de souscription du contrat.....	9
1.3. Affiliation des membres du personnel.....	9
Titre 2. Garanties prévoyance.....	11
2.1. Garantie Décès.....	11
2.2. Garanties Arrêt de travail.....	15
Titre 3. Dispositions générales	19
3.1. Prise d'effet et durée des garanties.....	19
3.2. Maintien des garanties	19
3.3. Cotisations	22
3.4. Exonération des cotisations	23
3.5. Salaire de référence	23
3.6. Revalorisation.....	24
3.7. Résiliation du contrat	24
3.8. Exclusions	25
3.9. Déchéance	26
3.10. Recours – Prescription.....	26
3.11. Renseignement - Réclamation - Médiation.....	27
3.12. Autorité de contrôle	27
3.13. Dispositions diverses	28
Titre 4. Versement des prestations	30
4.1. Déclaration des sinistres	30
4.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	30
4.3. Obligations de l'assuré	30
4.4. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives.....	30
4.5. Contrôle médical	31
4.6. Versement des prestations décès	31
4.7. Degré élevé de solidarité.....	31
Titre 5. Pièces justificatives	32
Titre 6. Echanges dématérialisés	35

Lexique

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

PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

Les assureurs	Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité-Incapacité permanente professionnelle, Capitaux Décès, Invalidité absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques : - Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ; - Mutex, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros - Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Nanterre n°529 219 040, Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon. Mutex est représentée pour la mise en place du contrat, sa conclusion le cas échéant, ainsi que son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières. Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'<i>assureur</i> lui-même. - AG2R : 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, Pour la couverture de la Rente d'éducation, de la Rente de conjoint substitutive et de la garantie Handicap : - OCIRP, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale – n° SIREN 788 334 720 ; Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris. Malakoff Humanis Prévoyance, Mutex et AG2R Prévoyance sont habilités à gérer les garanties Rente éducation, Rente de conjoint substitutive et la garantie handicap, assurées par l'OCIRP.
L'assureur	L'assureur auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat (Malakoff Humanis Prévoyance, Mutex ou AG2R Prévoyance). L'assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et de la catégorie assurée.
Souscripteur	L'entreprise relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur retenu au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.
Catégorie assurée	L'ensemble des salariés de l'entreprise appartenant à la catégorie assurée mentionnée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues au contrat.
Assuré	La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la <i>catégorie assurée</i> .
Accord de prévoyance	L'accord de prévoyance du 22 novembre 2021 relatif aux régimes frais de santé et prévoyance de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial, modifié en dernier lieu par avenant n°4 du 14 novembre 2025.
Contrat d'assurance	Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance souscrit dans le cadre des conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l' <i>Accord de prévoyance</i> .

Conjoint Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) et à défaut le concubin :

- Le conjoint de l'assuré légalement marié, non-séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), non divorcé,
- ou à défaut, le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS),
- ou à défaut, le concubin de l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil. Le concubin et l'assuré doivent tous les deux être célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement. Ils doivent prouver une période de deux ans de vie commune et que leur domicile fiscal est le même.

Enfants à charge Sont considérés à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- Jusqu'à leur 21e anniversaire, sans condition,
- Jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'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, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un établissement et service d'accompagnement par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

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

Bénéficiaires Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations

AUTRES TERMES UTILISES

Accident Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. Ne sont pas considérés comme accidents, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

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

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

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

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

Plafond annuel de la Sécurité sociale	Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue généralement chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations et de certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.
Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties de prévoyance aux anciens salariés demandeurs d'emploi indemnisés par l'assurance chômage et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale pendant une certaine durée.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.
Sinistre	Réalisation du risque
Tranches de salaire 1 et 2	Le salaire étant ventilé en tranches de salaire 1 et 2, celles-ci s'entendent ainsi : ▪ Tranche 1 ou « T1 » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française, ▪ Tranche 2 ou « T2 » : tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française.

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial.

Par accord du 22 novembre 2021 modifié en dernier lieu par avenant n°4 du 14 novembre 2025, les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance au bénéfice des salariés cadres et non cadres tels que définis à l'article 1.5.1 ci-après, des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la Convention collective nationale du Tourisme Social et Familial.

Après mise en concurrence des assureurs, dans le respect du décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 et de l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, les partenaires sociaux ont recommandé :

- **Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle, Capitaux décès, Invalidité Absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques :**
 - **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181,
 - **Mutex**, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances, Siège social : 140, Avenue de la République - 92320 CHÂTILLON,

Mutex est représentée pour la mise en place du contrat, sa conclusion le cas échéant, ainsi que son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières. Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat.

- **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,
- **Pour la couverture des garanties Rente d'éducation, Rente de conjoint substitutive et de la Garantie handicap :**
 - **OCIRP** (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), 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,

afin de couvrir et d'assurer la mutualisation du régime conventionnel de prévoyance.

Le souscripteur choisit librement l'un des assureurs des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle, Capital décès, Invalidité absolue et définitive (IAD), Double effet et Frais d'obsèques, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat. L'assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et des assurés. Il est gestionnaire de l'ensemble des garanties, y compris celles qui sont assurées par l'OCIRP.

Tous les contrats souscrits dans le cadre des conditions générales feront l'objet d'un suivi technique mutualisé ; toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble des contrats.

Titre 1. Souscription du régime conventionnel

1.1. Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire** souscrit auprès de l'assureur retenu par l'entreprise.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance défini au Lexique peuvent souscrire le contrat.

Le cas échéant, peuvent souscrire les filiales qui ne relèveraient pas de l'Accord de prévoyance, lorsque la maison mère, elle-même souscriptrice du contrat collectif, souhaite mettre en place un régime de prévoyance au niveau de son groupe.

L'entreprise qui, à la suite d'une opération de restructuration prévue par l'article L.1224-1 du Code du travail, ne relèverait plus du champ d'application de l'Accord de prévoyance, peut continuer à bénéficier du présent régime jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis, **conformément à l'article L.2261-14 du Code du travail**.

Le contrat d'assurance souscrit par le souscripteur a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance définies dans l'Accord de prévoyance.

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** qui définissent notamment les obligations des parties contractantes ainsi que les modalités d'application des garanties, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir. Les conditions générales comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription. Elles seront complétées, le cas échéant, par des annexes relatives aux garanties couvertes et soumises à la signature électronique ;
- **le contrat d'adhésion ou les conditions particulières** qui définissent notamment pour chaque entreprise la date d'effet du contrat, la catégorie assurée, les taux de cotisations et, le cas échéant, les garanties couvertes.

Il est susceptible d'être complété d'avenants ou de lettres valant avenant en modifiant ses dispositions.

La présente notice d'information a pour objet de fournir un récapitulatif sur la mise en oeuvre des garanties mises en place par le contrat souscrit par l'entreprise, ainsi que les formalités à accomplir dans le cas de la réalisation du risque. Elle liste par ailleurs les nullités, exclusions, déchéances et limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription des garanties.

1.2. Formalités de souscription du contrat

La souscription du contrat d'assurance collectif visant à couvrir le régime de prévoyance résultant de l'accord du 22 novembre 2021 (modifié en dernier lieu par l'avenant n°4 du 14 novembre 2025) relatif aux régimes frais de santé et prévoyance de la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial est régie par les présentes dispositions.

1.3. Affiliation des membres du personnel

1.3.1. Conditions d'affiliation des assurés

Les personnes assurables sont la totalité des salariés du souscripteur appartenant aux catégories de personnel définies aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, et dont le contrat de travail est en vigueur.

Dans le cadre du contrat d'assurance, on entend par :

- **Personnel cadre** : les salariés répondant aux définitions des cadres résultant de l'application des **articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres** ;
- **Personnel non-cadre** : les salariés ne répondant pas aux définitions des cadres résultant de l'application **des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, et justifiant de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise**.

Pour la détermination de l'ancienneté dans l'entreprise, il y a lieu de comptabiliser les périodes de travail effectives et les congés et absences tels que mentionnés à la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial.

Sous réserve d'être déclarées à l'assureur conformément à l'article 1.4.2 « Obligations déclaratives », les bénéficiaires sont également :

- les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévu dans la présente notice d'information, et selon les conditions et modalités de financement spécifiées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion le cas échéant,
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du présent contrat jusqu'à expiration de leurs droits.



Important

Si les données nécessaires à l'affiliation n'entrent pas dans le périmètre de la DSN ou ne sont pas traitées par l'assureur via la DSN, le souscripteur doit compléter un état récapitulatif du personnel à assurer par catégorie professionnelle.

Le souscripteur doit retourner cet état dans les trente (30) jours qui suivent la date d'affiliation demandée.

Il appartient au souscripteur de s'assurer que l'assureur a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration par le souscripteur d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité du souscripteur.

1.3.2. Prise d'effet de l'affiliation des assurés

L'affiliation prend effet pour chaque salarié :

- à la date de prise d'effet du contrat d'assurance (et au plus tôt lorsque la condition d'ancienneté minimale requise est remplie pour le personnel non-cadre)
- à sa date d'embauche, si elle est postérieure à la date d'effet du contrat d'assurance (et au plus tôt lorsque la condition d'ancienneté minimale requise est remplie pour le personnel non-cadre),
- le cas échéant, à sa date d'entrée dans la catégorie assurée, en cas de changement de catégorie postérieurement à la date d'effet du contrat d'assurance,

sous réserve d'avoir été déclaré à l'assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, l'affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'assureur de la déclaration du souscripteur.

Titre 2. Garanties prévoyance

2.1. Garantie Décès

2.1.1. Invalidité Absolue et Définitive

Définition de la garantie

Lorsque l'assuré est reconnu, avant la liquidation de sa pension vieillesse (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite), en état d'invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, l'assureur lui verse une prestation par anticipation.

On entend par invalidité absolue et définitive, le cas de l'assuré reconnu par l'assureur et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Il doit en outre être classé en invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité Sociale, en application de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100 % résultant du barème accidents du travail, et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne prévue à l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, reconnue par l'assureur, celui-ci lui verse :

- le Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 2.1.2 de la présente notice d'information,
- s'il y a lieu, la rente d'éducation définie à l'article 2.1.4 de la présente notice d'information,
- et, s'il y a lieu, la rente de conjoint substitutive prévue à l'article 2.1.5 de la présente notice d'information,
- et, s'il y a lieu, la garantie handicap prévue à l'article 2.1.6 de la présente notice d'information,

sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date de l'invalidité absolue et définitive, excepté si l'assuré se trouve dans la situation visée au paragraphe « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès » de l'article 3.7.1 de la présente notice d'information.

A noter

Le versement du capital et des rentes susmentionnées le cas échéant en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès prévue à l'article 2.1.2 « Capital Décès » et celles prévues selon le cas aux articles 2.1.4 « Rente d'éducation », 2.1.5 « Rente de conjoint substitutive » et 2.1.6 « Garantie handicap ».



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

Montant de la garantie

Le montant du capital est mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

2.1.2. Capital décès

Objet de la garantie

En cas de décès de l'assuré, l'assureur verse aux bénéficiaires un capital dont le montant est mentionné au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Bénéficiaires des garanties

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

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

- le conjoint de l'assuré non divorcé et non-séparé de corps judiciairement. Il est assimilé au conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement, le partenaire auquel l'assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- ou, le concubin, sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent, à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents soit né de l'union, à défaut qu'il peut être prouvé une période de deux ans de vie commune ;
- à défaut, les enfants nés, à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, les petits-enfants, par parts égales ;
- à défaut, les parents, par parts égales,
- à défaut, les grands-parents, par parts égales ;
- à défaut, les héritiers selon les règles de dévolution successorale.

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

L'assuré peut, par une désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé de désignation particulière de bénéficiaire(s) que l'assureur délivre à cet effet (ou par voie dématérialisée lorsque l'assureur le prévoit) ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée, sauf en cas d'acceptation du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

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

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

L'assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

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

En cas de désignation particulière, si à la date du décès de l'assuré, tous les bénéficiaires désignés sont prédécédés ou refusent le capital, ou lorsque le seul bénéficiaire est identifié par un lien familial (conjoint, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité, alors le capital est réintégré à l'actif successoral. Il appartient à l'assuré d'anticiper cette situation en mentionnant sur sa désignation particulière, si telle est sa volonté, autant de bénéficiaires « par défaut » que nécessaire et/ou en mentionnant de façon générique « à défaut mes héritiers ».

2.1.3. Double effet

En cas de décès du conjoint (tel que défini au Lexique) simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, l'assureur verse un capital dont le montant figure au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du conjoint qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'assuré,
- postérieur, le décès du conjoint qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.

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

Le capital est versé directement aux enfants à charge s'ils sont majeurs à la date du versement de la part de capital ; à leurs représentants légaux es qualité si, à la date du versement de la part de capital, les enfants sont mineurs.

La garantie intervient sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date du décès du conjoint.

2.1.4. Rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Objet de la garantie :

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

L'assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive définie à l'article 2.1.1 de l'assuré, l'assureur verse à chaque enfant à charge, ou à son représentant légal si ce dernier n'a pas atteint la majorité, une rente temporaire dont le montant est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

La qualité d'enfant à charge telle que définie au Lexique s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

A noter

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



Doublément de la rente d'éducation :

Lorsque les enfants à charge de l'assuré deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, l'assureur leur attribue un doublément de la rente temporaire d'éducation dont le montant est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Point de départ de la prestation :

Il est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation :

La rente d'éducation est versée par quart, trimestriellement, à terme à échoir ou « d'avance ».

Le bénéficiaire de la rente ou son représentant légal est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation. Il doit également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Lorsque le versement de la rente est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cessation des prestations :

La rente d'éducation et le doublément de la rente d'éducation cessent à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

2.1.5. Rente de conjoint substitutive (assurée par l'OCIRP)

Objet de la garantie :

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

L'assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires

Si l'assuré est sans enfant à charge au jour de son décès ou de l'invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 2.1.1, l'assureur verse :

- en cas de décès de l'assuré, une rente substitutive de la rente d'éducation au conjoint de l'assuré,
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, une rente substitutive de la rente d'éducation à l'assuré.

Le montant de la rente est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

A noter

Le versement par anticipation de la rente de conjoint substitutive en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie en cas de décès de l'assuré.



Point de départ de la prestation

Il est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation

La rente substitutive en cas d'absence d'enfant à charge est versée par quart, trimestriellement, à terme à échoir ou « d'avance ».

Le bénéficiaire de la rente est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation. Il doit également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement de la prestation.

Lorsque le versement de la rente est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cessation des prestations :

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

- au terme de la durée temporaire fixée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et, au plus tard, à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale à taux plein,
- à la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

2.1.6. Garantie handicap (assurée par l'OCIRP)

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

L'assureur auprès duquel le contrat d'assurance a été souscrit a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations).

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

Si l'enfant à charge de l'assuré tel que défini au Lexique est reconnu en état de handicap au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive définie à l'article 2.1.1 de l'assuré, l'assureur lui verse un capital unique ainsi qu'une rente viagère dont le montant annuel est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

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

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



A noter

Le versement par anticipation du capital et de la rente en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie en cas de décès de l'assuré.

Reconnaissance de l'état d'handicap :

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil de l'assureur, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont il est atteint.

En outre, le médecin conseil se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu 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.

Point de départ de la prestation :

Il est fixé au 1er jour du mois civil suivant le décès ou du mois suivant la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Versement de la prestation :

Le capital unique est versé à l'enfant en état de handicap ou à son représentant légal.

La rente viagère au bénéfice de l'enfant en état de handicap (le cas échéant versée à son représentant légal) est versée trimestriellement ou annuellement à terme à échoir ou « d'avance ».

Les bénéficiaires des prestations, 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.

Lorsque le versement des prestations est effectué directement auprès du bénéficiaire personne physique, l'assureur verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cessation des prestations :

La rente enfant en état de handicap cesse à compter du 1er jour du mois suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de son décès.

2.1.7. Frais d'obsèques

Définition de la garantie :

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans tels que définis au Lexique, l'assureur verse un capital à la personne qui a engagé et réglé les obsèques, sur production d'un justificatif.

Montant de la garantie :

Le montant du capital est indiqué au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information. Il ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par la personne qui a réglé les obsèques.

La garantie intervient sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en vigueur à la date du décès de l'assuré (excepté si l'assuré se trouve dans la situation visée au paragraphe « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès » de l'article 3.7.1 de la présente notice d'information), du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans.

2.2. Garanties Arrêt de travail

2.2.1. Incapacité Temporaire de Travail

Définition de la garantie :

L'assureur verse en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré pour maladie ou accident ouvrant droit à prise en charge par la Sécurité sociale, une indemnité journalière complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale, dont le montant figure au contrat d'adhésion, ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information. L'incapacité temporaire de travail constatée médicalement doit également être reconnue par l'assureur, indépendamment de la décision du régime obligatoire.

Par ailleurs, durant son incapacité temporaire de travail, l'assuré ne doit pas exercer une activité de quelque nature que ce soit, rémunérée ou non, sauf autorisation préalable délivrée par son médecin lors de l'arrêt de travail initial ou lors de sa prolongation.

Le montant annuel des indemnités journalières, indiqué en pourcentage du salaire de référence, est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités journalières complémentaires seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

Point de départ de la prestation :

Ces indemnités journalières complémentaires sont versées à l'assuré à l'issue d'une période de **franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinus**.

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 au titre du contrat, 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.

A l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la Sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les assurés 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.

Cessation des prestations :

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- le jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- pour les assurés qui ne remplissent pas les conditions pour ouvrir 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, à la date à laquelle le médecin conseil de l'assureur retenu décide de leur cessation,
- dès que l'assuré reprend son activité professionnelle hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique,
- à la veille de la date à laquelle l'assuré est reconnu en état d'invalidité, incapacité permanente professionnelle (totale ou partielle),
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail (hormis le cas des salariés en situation de cumul emploi-retraite),
- en cas de décès de l'assuré,
- en tout état de cause au plus tard au 1095^e jour d'arrêt de travail,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une incapacité au sens du contrat,

Salarié en situation de temps partiel thérapeutique :

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

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

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

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

Rechute :

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux mois, d'une incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à l'incapacité temporaire indemnisée par l'assureur, il n'est pas fait application de la franchise précisée au paragraphe « Point de départ de la prestation » ci-dessus, et les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail.

Versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet défini au Titre 4 « Versement des prestations » comportant notamment les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Sécurité sociale, au fur et à mesure de leur réception par l'assureur. L'entreprise est dispensée de la fourniture de ces décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'assureur.

Pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant insuffisant, les indemnités sont payables sous réserve de la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale, et après avis du médecin conseil de l'assureur. La poursuite du versement de la prestation dans le temps est décidée et contrôlée par le médecin conseil de l'assureur.

Cette prestation est versée à l'entreprise si l'assuré fait encore partie de l'effectif ; à charge pour l'entreprise de la reverser à l'assuré, nette de charges sociales et d'impôt sur le revenu. **Il appartient à l'entreprise de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé à l'article 2.2.3 « Règle de cumul » soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.**

Dans le cas contraire, lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès de l'assuré, l'assureur verse **dans le respect du principe indemnitaire énoncé à l'article 2.2.3 « Règle de cumul**, lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux éventuellement applicables, dont l'assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

2.2.2. Invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle

Définition :

Il peut être attribué une rente d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente professionnelle à tout assuré, dès lors qu'il ne peut pas faire valoir ses droits à la retraite à taux plein (sauf cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur), considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par l'assureur, selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

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

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

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

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

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

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

A savoir

Il est précisé que le médecin-conseil de l'assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 4.5. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.



Le montant annuel de la rente d'invalidité et de la rente d'incapacité permanente professionnelle est fixé sauf mention différente, en pourcentage du salaire de référence des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale. Il est indiqué au contrat d'adhésion, ou aux conditions particulières ou en annexe de la présente notice d'information.

Point de départ de la prestation :

La rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle est servie à compter du versement de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale.

Versement des rentes :

La rente est payable directement à l'assuré sur présentation et après acceptation du dossier complet défini au Titre 4 « Versement des prestations » comportant notamment, de manière périodique, un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente d'invalidité par la Sécurité sociale.

L'assureur verse ladite rente après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux éventuellement applicables, dont il a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

La rente est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée à l'article 2.2.3 « Règle de cumul » en cas de versement d'un éventuel salaire à temps partiel notamment.

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

Cessation de la prestation :

Le versement de la rente cesse :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- à la date à laquelle le taux d'incapacité permanente suite accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33 %,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse, y compris au titre de l'incapacité de travail
- à la date du décès de l'assuré,
- en cas de contrôle médical, à la date à laquelle l'assuré ne justifie plus d'une invalidité au sens du contrat.

2.2.3. Règle de cumul

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail (y compris dans le cadre d'une rémunération perçue au titre d'un mandat social), aux revenus professionnels en cas d'activité non salariée et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Titre 3. Dispositions générales

3.1. Prise d'effet et durée des garanties

3.1.1. Prise d'effet des garanties

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

3.1.2. Cessation des garanties

Les garanties du contrat d'assurance cessent, sauf application des cas de « Maintien des garanties » prévus à l'article 3.2 et poursuite de garanties en application de l'article 3.7.2.

- 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 et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf si l'assuré se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 3.3.3 « Défaut de paiement » ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.1 « Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat ».

3.2. Maintien des garanties

3.2.1. En cas de suspension du contrat de travail

A. En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

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

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire versé par le souscripteur,
ou
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale et/ou le régime complémentaire de prévoyance (indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle) que le souscripteur finance le cas échéant au moins pour partie et dont les prestations sont directement versées par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (assureur),
ou
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail)
 - de toute période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, sauf « Exonération des cotisations » prévue à l'article 3.4.1, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 3.3.1 « Assiette et montant des cotisations ».

B. En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail non visée au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » (congé parental d'éducation, congé de formation, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale, congé sabbatique, création d'entreprise, etc.), les garanties sont suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail non rémunérée ou indemnisée.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'assuré, sous réserve que l'assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'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'assuré dont le contrat de travail est suspendu. Le décès, l'invalidité absolue et définitive ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge par l'assureur.

Toutefois, les assurés ont la possibilité de demander le maintien des garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Les cotisations seront recouvrées selon le montant et la périodicité indiqués sur le bulletin individuel d'affiliation ou le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle ou selon les modalités définies au contrat ou conditions particulières

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, le maintien des garanties pourra prendre fin dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La cessation du maintien des garanties par l'assureur ne le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

Le maintien des garanties reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Ce maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'assuré,
- en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré selon les modalités définies ci-dessus,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'affiliation par l'assuré, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. L'assuré peut adresser sa demande de dénonciation de l'affiliation par l'un des moyens indiqués à l'article 1.3.3 « Résiliation », des conditions générales. Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La cessation du maintien des garanties est définitive :

- à la date de sortie des effectifs, sauf application de l'article 3.2.2 le cas échéant,
- à la date de départ à la retraite, à l'exception des assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en cumul emploi-retraite auprès de l'entreprise,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat.

3.2.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

Conditions au maintien des garanties :

Sous réserve pour l'assuré d'être éligible au dispositif de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde.

Les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le souscripteur avant la date de cessation du contrat de travail.

Le souscripteur doit informer dans les plus brefs délais l'assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien de couverture de l'assuré au titre de la portabilité des droits (date et motif).

Si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'assureur le formulaire type « Déclaration de portabilité », si l'assureur le propose, dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

Date d'effet et durée du maintien des garanties :

L'affiliation de l'assuré est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Lorsque ces contrats de travail sont consécutifs chez ce même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail, ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.

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

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 1.4.2 « Obligations déclaratives » des conditions générales, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties définies au présent contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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 du régime d'assurance chômage),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- en cas de résiliation du contrat souscrit par le souscripteur,
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail,
- au jour du décès de l'assuré.

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

Obligations déclaratives :

L'entreprise doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Conditions au maintien des garanties » et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire en cas de décès devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'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'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.

Garanties maintenues :

L'assuré bénéficie du maintien des garanties prévues au contrat au titre duquel il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les garanties incapacité temporaire de travail prévues à l'article L.1226-1 du Code du travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

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

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

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

En tout état de cause, les évolutions des dispositions contractuelles (notamment modification des garanties et des conditions de règlement) ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré bénéficiaire de la portabilité. Le souscripteur s'engage à informer l'assuré de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'assureur.

En cas de résiliation du présent contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article 3.6 « Revalorisation »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Financement :

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

3.2.3. Effets de la cessation de l'affiliation de l'assuré sur les prestations en cours de service

Les prestations servies en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle en cours de service à la date de cessation des droits de l'assuré, ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation du contrat de travail, sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans la présente notice d'information.

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

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'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 ou survenu antérieurement à la date d'effet du contrat pour les assurés faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

3.2.4. Effets de la cessation de l'affiliation de l'assuré sur les garanties Décès

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité / incapacité permanente professionnelle, à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties Décès en vigueur au jour de l'événement ouvrant droit à prestations.

A savoir

Ce maintien de garantie (cf. art 3.2.4) cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité-incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.



3.3. Cotisations

3.3.1. Assiette et montant des cotisations

La cotisation est exprimée en fonction des tranches de rémunération brute 1 et 2 soumises à cotisations de la Sécurité sociale, telles que définies au Lexique.

Ce salaire annuel brut comprend les rémunérations variables, commissions, gratifications et primes.

Les taux de cotisations afférents à la couverture du régime de prévoyance sont définis au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Pour les assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à leur catégorie assurée.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur, le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur au cours de la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'exonération de cotisations prévue à l'article 3.4.1 de la présente notice d'information éventuellement applicable.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe B « En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information, les cotisations sont calculées sur l'assiette annuelle des cotisations définie au présent article étant entendue que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

3.3.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées mensuellement ou trimestriellement à terme échu selon les modalités définies par l'assureur. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'assureur, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux différentes échéances prévues, accompagné de l'avis d'appel de cotisations dûment complété.

Si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires (cf. article 1.4.2 des conditions générales) communiqué par le souscripteur à l'assureur, ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

3.3.3. Défaut de paiement

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au souscripteur. Dans cette lettre de mise en demeure, l'assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi), l'assureur pourra résilier le contrat, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'assureur se réserve le droit d'informer directement les assurés de la défaillance du souscripteur.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

3.4. Exonération des cotisations

3.4.1. Exonération des cotisations

Le souscripteur est exonéré du paiement des cotisations (tant patronale que salariale) afférentes aux garanties du contrat d'assurance, pour l'assuré en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle dès le premier versement, par l'assureur, des prestations relatives aux garanties correspondantes.

L'exonération est totale ou bien partielle ; les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de l'activité réduite de l'assuré en incapacité temporaire de travail, ou en invalidité, en incapacité permanente professionnelle ou de l'assuré percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur au cours de la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

3.4.2. Maintien des garanties

L'assuré exonéré des cotisations bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites.

3.4.3. Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération des cotisations et le maintien des garanties cessent :

- dans les cas de cessation des prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps plein des salariés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe A « En cas de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur,
- en cas de résiliation du contrat.

3.5. Salaire de référence

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

Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires soumis à cotisations sociales déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération mentionnés ci-dessus sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le salaire de référence est limité aux tranches 1 et 2 telles que définies au Lexique.

Pour les assurés titulaires d'une pension de vieillesse du régime de Sécurité sociale obligatoire reprenant une activité professionnelle salariée (cumul emploi-retraite), le salaire de base est constitué par la seule rémunération brute perçue au titre de l'activité salariée au cours des douze mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat.

Ce revenu de remplacement est celui versé par le souscripteur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties prévu au paragraphe B « En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée » de l'article 3.2.1 de la présente notice d'information, les prestations sont calculées sur l'assiette annuelle des prestations définie au présent article étant entendue que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie au contrat et divisée par 365.

3.6. Revalorisation

3.6.1. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Pour les sinistres nés avant le 1er janvier 2024, la revalorisation des prestations périodiques en cours de service est effectuée en fonction :

- de l'indice fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP annuellement, pour les rentes d'éducation, de conjoint substitutive et handicap,
- de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO pour les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle.

Pour les sinistres nés à compter du 1er janvier 2024, les dispositions relatives à la revalorisation des prestations périodiques en cours de service sont modifiées comme suit :

Les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1er novembre de chaque année dans la limite de 80% du taux de rendement de l'actif général prévoyance le plus faible parmi les assureurs co-recommandés, constaté pour l'année N-1, sous déduction du taux technique réglementaire de cette même année et à condition que le solde global soit créditeur sur ce même exercice permettant de financer les revalorisations déterminées.

Lorsque la Commission Paritaire Nationale de Prévoyance jugera le montant de revalorisation trop faible, et en accord avec les assureurs recommandés, une réévaluation de la revalorisation pourra être proposée en amputant une partie des réserves, et cela à condition d'une réserve disponible au moins égale à 50 % des cotisations brutes du dernier exercice. En l'absence d'une demande en Commission Paritaire Nationale de Prévoyance, il n'y aura pas de réévaluation de la revalorisation.

Les rentes d'éducation, de conjoint substitutive et handicap, sont revalorisées selon l'indice fixé par le conseil d'administration de l'OCIRP annuellement.

3.6.2. Revalorisation du salaire de référence d'un assuré en arrêt de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence des garanties capitaux décès est revalorisé, en fonction de la valeur de l'indice de revalorisation tel que défini dans le paragraphe Revalorisation des prestations périodiques en cours de service, constatée entre la date du décès ou la date de l'exigibilité du capital en cas d'invalidité absolue et définitive et la date d'arrêt de travail.

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

3.6.3. Revalorisation post-mortem

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (art 4.6 de la présente notice d'information) selon les conditions définies au contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation dû non versé par l'assureur, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces justificatives, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

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

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

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

3.7. Résiliation du contrat

3.7.1. Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

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

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les prestations en cours de service :

En cas de changement d'assureur, les prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du présent contrat. La résiliation ou le non-renouvellement met fin à la

revalorisation des prestations en cours de service.

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

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

En l'absence d'assureur repreneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ainsi que de la base de calcul des garanties maintenues en cas de décès continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues aux articles 3.6.1 et 3.6.2 de la présente notice d'information.

Effet de la résiliation ou du non-renouvellement sur les garanties Décès

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Décès (à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'assuré : double effet, frais d'obsèques) sont maintenues aux assurés se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité-incapacité permanente professionnelle cessent elles-mêmes.

Les Prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre (Décès).

Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent contrat, alors qu'il percevait une rente incapacité temporaire de travail ou invalidité par un précédent assureur, l'assureur versera ses prestations décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit assureur.

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

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

3.8. Exclusions

3.8.1. Exclusions applicables aux garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive :

Sont exclus, les sinistres résultants :

- de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré (hors suicide) ;
- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou de maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre de l'assuré par le bénéficiaire ;
- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

3.8.2. Exclusions applicables aux garanties incapacité de travail et invalidité-incapacité permanente professionnelle :

Sont exclus les sinistres résultants :

- de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré ;
- des conséquences d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- des conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- des conséquences d'accidents ou de maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

3.9. Déchéance

Le **bénéficiaire** qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'**assuré** est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices.

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

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

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

3.10. Recours – Prescription

3.10.1. Recours subrogatoire

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

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

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

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

3.10.2. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

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

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur au souscripteur, en ce qui concerne règlement de la prestation de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'assuré, le bénéficiaire à l'assureur.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1er alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

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.

3.11. Renseignement - Réclamation - Médiation

❖ Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'assureur auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :

- Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
- Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

❖ Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [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 :

- Par internet sur le site internet de l'assureur 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 72 67 22 22 pour les entreprises,
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant 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'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'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 de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>;
- Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale
10, Rue Cambacérès
75008 Paris

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'assureur.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

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

3.12. Autorité de contrôle

Les assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

3.13. Dispositions diverses

3.13.1. Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'assureur s'engage envers le souscripteur à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

3.13.2. Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'assureur, membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

Elles sont également utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par le GIE AG2R et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'assureur (1) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur notre site internet.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Nous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il est possible de s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

(1) Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

3.13.3. 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'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, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'assureur accessibles sur le site de l'assureur ;
- 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 quel 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'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.

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

L'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'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'assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'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'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'assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

3.13.4. Territorialité

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

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

Titre 4. Versement des prestations

4.1. Déclaration des sinistres

Les assurés, le souscripteur et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'assureur les déclarations et pièces justificatives mentionnées au titre 5 « Pièces justificatives » de la présente notice d'information.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de la 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 (rente enfant handicapé ...).

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

4.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées au titre 5 « Pièces justificatives » de la présente notice d'information.

4.3. Obligations de l'assuré

L'assuré s'engage à informer, sans délai, l'assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'assureur et en particulier :

- la reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- son inscription au régime d'assurance chômage,
- et le bénéfice des prestations d'un autre régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre incapacité temporaire de travail, si l'assuré perçoit un salaire du souscripteur et d'autres employeurs, l'assuré doit communiquer à l'assureur le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

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

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

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs mentionnés au titre 5 « Pièces justificatives » de la présente notice d'information doivent être produites à l'assureur dans les conditions suivantes :

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

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie ou de la poursuite des prestations le cas échéant (rechute...). Ainsi, l'assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

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

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

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

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'assureur (notamment : l'impossibilité pour l'assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

Lorsque l'assureur le prévoit, et sur sa demande, dans le cas de la garantie incapacité temporaire, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, un certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'assureur, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'assuré, dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'assureur dans un délai de 30 jours.

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

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

4.5. Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'assuré, ou tout représentant ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'assureur et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré.

Chaque partie finance les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

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

4.6. Versement des prestations décès

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'assureur verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt selon les modalités définies à l'article 3.6.3.

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

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

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

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

4.7. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, la Convention Collective Nationale du Tourisme Social et Familial institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du Code de la Sécurité sociale. Les prestations sont servies dans la limite du fonds disponible.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de l'Accord collectif à 2 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre du présent contrat.

Titre 5. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD (Invalidité absolue et définitive)	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint substitutive	Garantie handicap	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
• Déclaration de sinistre fournie par l'assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.5. « Salaire de référence »)	•	•		•	•	•	•	•	•
• Extrait d'acte de décès du défunt	•		•	•	•	•	•		
• Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	•		•	•	•	•	•		
• Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	•		•	•	•	•			
• Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif France Travail pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	•	•	•	•		•	•	•	•
• Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				•	•			•	•
• Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			•	•		•	•		
• Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD (Invalidité absolue et définitive)	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint substitutive	Garantie handicap	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		•							•
Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'<i>assuré</i> en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 %		•							•
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'<i>assuré</i> sous réserve de l'article 4.4. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		•						•	•
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'<i>assureur</i> dûment complété		•						•	•
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant								•	
Facture acquittée							•		
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			•					•	•
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					•				
Toutes pièces justifiant que le <i>bénéficiaire</i> de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du <i>bénéficiaire</i> datant de moins de trois (3) mois)					•				
- Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident)								•	•

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD (Invalidité absolue et définitive)	Double effet	Rente d' éducation	Rente de conjoint substitutive	Garantie handicap	Frais d' obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente
– prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident.									
• Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt								•	•
• Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite								•	•
• Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalides de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.									•
• Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i>									•
• RIB des bénéficiaires	•	•	•	•	•	•	•	•	•
• Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•	•		•		•		
• Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation.								•	•
• En l'absence d'intervention de la Sécurité Sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèce de la Sécurité Sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant : un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et une attestation de non prise en charge de la Sécurité Sociale								•	

Titre 6. Echanges dématérialisés

A) DEFINITION

La dématérialisation des échanges entre l'assureur et le souscripteur ou l'assuré est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2ramondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur ou l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).
- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet d'AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse électronique.

B) MISE EN ŒUVRE ET VERIFICATIONS PAR L'ASSUREUR

Lorsque l'assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué au paragraphe A) ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré.

L'assureur vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le souscripteur ou l'assuré, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au souscripteur de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'assureur du caractère adapté s'effectue annuellement.

C) FOURNITURE ET MISE A DISPOSITION D'INFORMATIONS ET DE DOCUMENTS PAR L'ASSUREUR

Après les vérifications mentionnées au B) ci-dessus, l'assureur peut mettre à disposition ou fournir au souscripteur ou à l'assuré, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le souscripteur et l'assuré déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'assureur sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'assureur.

Le souscripteur et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du souscripteur, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

Le souscripteur et l'assuré peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué au paragraphe A) ci-dessus n'est pas adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'assureur sous format papier.

D) DROIT D'OPPOSITION DU SOUSCRIPTEUR ET DE L'ASSURE

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le souscripteur ou l'assuré ont la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'assureur (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris).



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris



AG2R LA MONDIALE

AG2R PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R,
Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.



MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros -
Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée
au RSC de Nanterre 529 219 040,

Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon.



OCIRP

(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), 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

