

PRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION OBLIGATOIRE PR 4025

Date d'effet 1^{er} janvier 2022

Groupe COVEA

Ensemble du personnel

Fait à Paris le 28 décembre 2021

Table des matières

Préambule	5
Dispositions relatives à la vie du contrat	6
Objet du contrat	6
Votre affiliation	6
Quelles sont les modalités d'affiliation ?	6
Fausse déclaration	6
Déchéance de garantie au sinistre	6
Votre situation de famille	7
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	7
Quand prennent effet vos garanties ?	7
Prise d'effet des modifications de vos garanties	9
Quand cessent vos garanties ?	9
Résiliation du contrat d'assurance ou de la garantie	9
Maintien des garanties	10
Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?	10
Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente dont la survenance intervient en cours de contrat	11
Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?	11
Prestations	12
Comment sont calculées les prestations ?	12
Comment sont revalorisées les prestations ?	12
Déclaration de sinistres et paiement des prestations	13
Restitution de l'indu	13
Plafonds de garantie	13
Contrôle médical	13
Étendue territoriale	14
Quelles sont les exclusions ?	14
Généralités du contrat	15
Dispositions relatives aux garanties	18
Garantie capital décès	18
Capital décès toutes causes	18
Perte totale et irréversible d'autonomie	18
Garantie Assurance déplacement professionnel :	18
Barème : Taux d'incapacité fonctionnelle permanente par accident	19
Barème : Taux d'indemnisation en cas d'incapacité fonctionnelle permanente	20
Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès	21
Double effet	21
Frais d'obsèques	22
Quelles sont les pièces justificatives de la garantie capital décès ?	22
Garantie rente d'éducation	22
Quel est le montant de la rente d'éducation ?	23
Paiement et durée	23
Quelles sont les pièces justificatives pour la rente d'éducation ?	23
Garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente	24
Définition des garanties	24
Garantie incapacité temporaire de travail	24
Garantie invalidité permanente	25
Reprise d'activité	26
Règle du cumul	26
Recours subrogatoire	27
Quelles sont les pièces justificatives pour les garanties incapacité temporaire de travail -invalidité permanente ?	27
Montant des prestations	28

Glossaire

Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles votre employeur a conclu le contrat de prévoyance.

Les assurés sont les salariés et anciens salariés bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Ils seront désignés par **vous**.

Les bénéficiaires sont les membres de la famille d'un assuré, ou toute autre personne pouvant recevoir des prestations au titre des garanties du contrat.

Par **conjoint** nous entendons, le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :

- le conjoint : l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- le partenaire lié par un pacs : la personne liée par un pacs, non dissous et non rompu,
- le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'assuré pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Par **salaire net** nous entendons le salaire net d'activité de l'assuré équivalent au net imposable perçu au cours des douze derniers mois, après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, duquel sont retranchées la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et la part patronale des contrats frais de santé.

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons, le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés de l'entreprise demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Préambule

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et Malakoff Humanis Prévoyance.

En complément de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance	Siren n°
GMF VIE	315 814 806
MMA IARD	440 048 882
MMA IARD ASSURANCES MUTUELLES	775 652 126
MMA VIE	440 042 174
MMA VIE ASSURANCES MUTUELLES	775 652 118
ASSURANCES MUTUELLES DE France	323 562 678
GMF	775 691 140
GMF ASSURANCES	398 972 901
FIDELIA ASSISTANCE	377 768 601
FIDELIA SERVICES	479 897 936
COVEA PROTECTION JURIDIQUE	442 935 227
MAAF SANTE	331 542 142
ASSOC POUR LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	391 169 109
GIE EURODEM	389 316 290
GIE EUROPEX	389 272 030
MAAF ASSURANCES	781 423 280
GIE EURO GESTION SANTE	392 735 171
GIE EUROPAC	389 272 295
GIE LOGISTIC	389 272 139
MAAF VIE	337 804 819
MAAF ASSURANCES SA	542 073 580
GIE RCDI	389 272 386

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale).

Dispositions relatives à la vie du contrat

Objet du contrat

Le contrat pour lequel la présente notice vous est remise, est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Le contrat est souscrit en complément de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) pour les assurés en bénéficiant. Les évolutions du Régime Professionnel de Prévoyance entraînent de plein droit la révision de votre contrat.

La présente notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons les garanties de prévoyance. Le niveau des prestations est indiqué à la partie « Montant des prestations ».

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par FIDELIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance.

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant à votre employeur de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

Malakoff Humanis Prévoyance et FIDELIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

À l'adhésion

Votre affiliation prend effet à la date d'effet du contrat.

En cours de contrat

Votre affiliation prend effet, après acceptation expresse de notre part, à la date de votre entrée dans l'effectif assuré.

Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle votre entreprise, de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous demeurent acquises.

Déchéance de garantie au sinistre

Vous ou le bénéficiaire de la prestation êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, une fausse déclaration portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Vous vous exposez également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Votre situation de famille

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

- **vos descendants à charge** qui sont :
 - vos descendants âgés de moins de 18 ans ;
 - vos enfants posthumes, nés viables et conçus au jour de votre décès, selon les dispositions prévues en matière de succession ;
 - vos descendants âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, poursuivant leurs études.
Par poursuite des études, il convient d'entendre le fait de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées.
 - vos descendants au profit desquels est versée l'allocation aux adultes handicapés prévue par l'article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale ou l'allocation d'éducation spéciale prévue par l'article L. 541-1 du Code de la Sécurité sociale.
- **vos ascendants à charge** qui sont :
 - vos ascendants vivant à votre domicile et pris en compte, à ce titre, dans le calcul de votre impôt sur le revenu ou de votre taxe d'habitation ;
 - vos ascendants au profit desquels vous versiez, au moment de votre décès, une pension alimentaire dont le montant fait l'objet d'une déduction fiscale de votre revenu imposable.

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Vous êtes en activité à la date d'effet du contrat

Vous êtes garanti à la date d'effet du contrat, après accord donné à votre entreprise sur les conditions d'assurance.

Vous êtes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat

- *Garanties décès*

Si vous percevez des indemnités journalières, une pension d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle de la Sécurité sociale à la date d'effet du contrat, vous bénéficiez immédiatement des garanties décès, si votre entreprise vous a déclaré lors de l'appréciation du risque.

Toutefois, si vous étiez précédemment couvert par une garantie collective en cas de décès, les prestations décès que nous vous accordons le seraient sous déduction de celles qui sont garanties par le précédent organisme assureur.

Ces prestations seront versées également sous déduction des prestations décès que vous auriez perçues par anticipation de votre vivant, au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie et servies par un organisme assureur précédent en application du régime collectif d'entreprise.

- *Garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente*

Si vous étiez en arrêt de travail, précédemment garanti par un autre organisme assureur, vous bénéficiez des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, sous déduction des prestations versées par l'organisme assureur précédent.

L'invalidité permanente constitue une prestation différée de l'état d'incapacité temporaire de travail et demeure, de ce fait, à la charge de l'assureur précédent. En conséquence, sauf dérogation expresse, si

vous étiez en incapacité temporaire de travail à la date d'effet du contrat, vous êtes couvert, en cas de survenance postérieure de l'invalidité permanente, par l'assureur précédent.

Si vous n'étiez pas précédemment garanti par un autre organisme assureur, vous bénéficiez des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente au titre du contrat, dès lors que vous avez été déclaré et pris en compte lors de la souscription.

Poursuite de la revalorisation et versement complémentaire des prestations

À la demande de votre entreprise, nous revalorisons, et complétons le cas échéant, à compter de la date d'effet du contrat les prestations en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes de conjoint, rentes d'éducation), dans les conditions prévues au paragraphe « Comment sont revalorisées les prestations ? ».

Vous êtes affilié postérieurement à la date d'effet du contrat

Vos garanties prendront effet à la date de votre embauche.

Prise d'effet des modifications de vos garanties

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente et/ou décès, et si vos garanties sont maintenues au titre de la portabilité, vous êtes couvert selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente, et si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, vous restez couvert selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de votre arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, et figurez toujours aux effectifs de votre entreprise, vous êtes garanti suivant ces nouvelles modalités. Si votre contrat de travail est rompu, vous êtes couvert selon les modalités en vigueur à la date de votre radiation des effectifs.

Quand cessent vos garanties ?

Vos garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la garantie, sauf cas prévus au paragraphe « Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente dont la survenance intervient en cours de contrat »,
- à la date à laquelle, en cas de suspension de contrat de travail, vous cessez de percevoir tout salaire de votre employeur, sauf cas prévus aux paragraphes « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite ou en cas de préretraite progressive).

Résiliation du contrat d'assurance ou de la garantie

Effets de la résiliation si vous êtes en activité ou si vous bénéficiez du maintien des garanties au titre de la portabilité

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation de vos garanties.

Vous pouvez souscrire à titre individuel, aux conditions et tarifs en vigueur, aux garanties que nous vous proposerons. Vous devez en faire la demande dans un délai de six mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Effets de la résiliation si vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente

Si vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, la garantie en cas de décès est maintenue dans les conditions prévues au paragraphe « Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente dont la survenance intervient en cours de contrat ».

Effets de la résiliation sur les prestations décès

La garantie double effet et la garantie majoration de la rente d'éducation au décès du dernier parent cessent à la date de la résiliation.

Effets de la résiliation sur les prestations en cours de service

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

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

La prestation versée au titre de la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité permanente correspond au niveau de garantie en vigueur à la date de résiliation du contrat ou de la garantie, ou à la date de votre radiation des effectifs.

La base de calcul des prestations est figée à la date de résiliation du contrat ou de la garantie ou à la date de votre radiation des effectifs.

Revalorisation postérieure à la résiliation

En cas de changement d'organisme assureur :

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

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

En l'absence d'un nouvel organisme assureur :

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

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, votre entreprise s'engage à vous informer de la cessation des garanties.

Maintien des garanties

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Vos garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes bénéficiaire :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par votre employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité,...).

Les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de votre entreprise. De plus en cas de cumul emploi-retraite, le maintien est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

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

Les garanties en cas de décès vous sont maintenues, **sans contrepartie de cotisation**, y compris après la résiliation du contrat, pendant la durée du versement soit :

- des indemnités journalières de la Sécurité sociale en cas d'arrêt maladie,
- des pensions d'invalidité,
- des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 33 %, tant que vous n'avez pas repris une activité totale, ou liquidé votre pension de retraite.

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

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

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

Vous devez être couvert au titre du contrat souscrit par votre employeur au moment de la cessation de votre contrat de travail.

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

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse à :

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

Le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

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

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées.

Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celles de vos ayants droit.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

Le cumul des prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente, que nous vous versons et que vous versent la Sécurité sociale et tout autre organisme au titre de votre arrêt de travail, est limité au montant de l'allocation qu'aurait versée l'assurance chômage obligatoire pendant la période considérée.

En tant qu'ancien salarié couvert à la date d'effet du contrat par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, vous bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

Prestations

Comment sont calculées les prestations ?

Votre traitement de base permet de déterminer le montant des prestations décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail-invalidité que nous versons.

Votre traitement de base servant à la détermination des garanties est égal à la rémunération brute fixe et variable servant au calcul des cotisations Sécurité sociale des 12 derniers mois précédant la date du sinistre dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Lorsque vous avez moins de 12 mois d'ancienneté chez votre employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au *prorata temporis*.

Concernant l'incapacité temporaire et l'invalidité, la base de calcul des prestations correspond au salaire net conforme aux conditions générales, exclusion faite de l'intéressement et de la participation, des douze mois civils précédant l'événement donnant lieu à la prestation (ou reconstitué sur cette période lorsque vous avez moins d'un an d'ancienneté).

La base de calcul des prestations se décompose en une ou plusieurs des tranches de salaire :

- Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B ou « TB » : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche C ou « TC » : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, rentre également dans l'assiette de calcul du traitement de base servant à la détermination des garanties, le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur) lorsque vous bénéficiez :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité,...).

En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versées ne peut excéder 100% de la rémunération nette que vous auriez perçues en activité.

Comment sont revalorisées les prestations ?

En cours de service

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

Garanties décès

À compter de la date du décès de la personne ouvrant droit à prestation et jusqu'à la date de notre réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définies au paragraphe « Pièces justificatives » de la garantie décès, la prestation mentionnée aux garanties décès, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

Déclaration de sinistres et paiement des prestations

Tout sinistre doit nous être déclaré grâce aux formulaires prévus à cet effet.

Le versement des prestations est subordonné à notre réception de l'ensemble des pièces justificatives dans les délais cités ci-après.

Nous pourrions vérifier l'exactitude des déclarations et réclamer les informations complémentaires que nous jugerons nécessaires.

Ces informations doivent nous parvenir dans les trente jours, sauf cas imprévisible ou de force majeure, qui suivent la réalisation du sinistre. Dans le cas de la garantie incapacité temporaire de travail ces informations doivent nous parvenir dans les trente jours qui suivent le terme du délai de franchise fixé pour cette garantie.

En cas de déclaration postérieure de votre entreprise ou de votre part ne nous ayant pas permis de réaliser les contrôles médicaux adéquats, nous retiendrons la date de réception desdits documents (le cachet de la poste faisant foi) comme point de départ du paiement des prestations.

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

Restitution de l'indu

Nous sommes fondés à vous demander la restitution des sommes que nous vous aurions réglées indûment, quelles qu'en soient les raisons (doublon, erreur de calcul, changement de situation non déclaré...).

Plafonds de garantie

Le montant maximum garanti pour vos prestations, capitaux et capitaux constitutifs des rentes, est limité à 100 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de dépassement de ce plafond, le différentiel viendra en déduction du montant des prestations, dans l'ordre de priorité suivant :

- le montant de la majoration du capital décès d'origine accidentelle,
- le montant du capital décès toutes causes,
- le montant du capital constitutif de la rente de conjoint,
- le montant des capitaux constitutifs des rentes d'éducation.

Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou pendant son service, notre service médical peut procéder à un contrôle médical, réclamer toutes pièces complémentaires ou réaliser une expertise médicale jugée nécessaire à l'instruction de votre dossier.

Le déclenchement du contrôle médical entraînera la suspension du versement des prestations jusqu'à réception, par notre service médical à l'attention de notre médecin conseil, des documents réclamés et notamment du certificat médical d'incapacité de travail.

Lors de l'examen médical, vous avez la faculté de vous faire assister par votre médecin traitant ou tout autre médecin de votre choix.

À l'issue de ce contrôle, en cas de désaccord entre vous et votre médecin d'une part, et notre médecin conseil d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le tribunal de grande instance de votre résidence sur requête de la partie la plus diligente.

L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus de votre part de répondre à un contrôle médical ou de justifier de votre situation médicale ou de votre situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit de rappel ultérieur.

Étendue territoriale

Les garanties vous sont acquises si vous exercez votre activité sur le territoire français ou hors de ce territoire lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement.

Quelles sont les exclusions ?

Clauses d'exclusion propres au risque Décès (capital décès, rente d'éducation)

Tous les risques de décès, quelle qu'en soit la cause, sont garantis, sous réserve :

- de votre décès par le fait volontaire du bénéficiaire ;
- de votre décès occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si vous n'y prenez pas une part active ou si vous êtes à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre employeur.

Clauses d'exclusion propres au risque Perte totale et irréversible d'autonomie

Est exclue de la garantie, la perte totale et irréversible d'autonomie résultant :

- de votre fait volontaire;
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si vous n'y prenez pas une part active ou si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre employeur.

Clauses d'exclusion propres aux risques Incapacité de travail – Invalidité

Sont exclues des garanties Incapacité de travail – Invalidité, les conséquences :

- des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire, ou qui résultent d'une tentative de mutilation volontaire de votre part ;
- des accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si vous n'y prenez pas une part active ou si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre employeur.

Clauses d'exclusion spécifiques à l'assurance déplacement professionnel

Sont exclus de la garantie assurance déplacement professionnel, les risques résultant :

- de votre fait volontaire;
- d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si vous n'y prenez pas une part active ou si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre employeur.
- de votre participation à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- de votre état d'ivresse pouvant être sanctionné pénalement ou de l'usage, par vos soins, de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la pratique d'un sport ou d'une activité à risque (notamment : sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, compétitions sportives, pratique d'un sport à titre professionnel).

Généralités du contrat

Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque vous, votre employeur ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre rencontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre rencontre, celle de l'entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre employeur ou le bénéficiaire.

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

Elle est portée à dix ans lorsque pour les opérations mentionnées au a) de l'article L. 931-1 du Code de la sécurité sociale, si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont vos ayants droit en cas de décès de votre part.

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

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi :

- d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique que vous ou le bénéficiaire nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

À qui vous adresser en cas de réclamation ou médiation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre employeur, vous et/ou les bénéficiaires pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

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

- Pour votre employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- Pour vous et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, votre employeur, vous et/ou les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Informatique et libertés

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

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter vos données personnelles et celles des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

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

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

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

Malakoff Humanis s'engage à ce que vos données à caractère personnel et celles des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

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

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

Vous et les bénéficiaires disposez enfin du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Dispositions relatives aux garanties

Garantie capital décès

Cette garantie permet de pallier les conséquences financières liées à votre décès ou à votre perte totale et irréversible d'autonomie, et éventuellement au décès d'un membre de votre famille.

Les prestations en cas de décès sont versées sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale et au titre du Régime Professionnel de Prévoyance, lorsque l'assuré en bénéficie.

Capital décès toutes causes

Ce capital est exprimé en pourcentage de la base de calcul des prestations.

À votre décès, le capital décès toutes causes est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel que prévu au paragraphe « Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès ».

Perte totale et irréversible d'autonomie

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

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, **vous pouvez recevoir par anticipation, et à votre demande**, le capital prévu en cas de décès toutes causes, sous les conditions cumulatives suivantes :

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

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

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

Pour déterminer le montant du capital décès toutes causes versé par anticipation nous retenons votre situation familiale au jour de la reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie.

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

Garantie Assurance déplacement professionnel :

Pendant la durée des déplacements que vous effectuez pour les besoins de votre entreprise, vous bénéficiez en cas d'accident, de garanties complémentaires en capital.

Événements couverts

Sont couverts les accidents survenus pendant les périodes où vous vous trouviez en déplacement pour les besoins de votre employeur et à condition que ces accidents soient reconnus par la Sécurité sociale comme accidents du travail. Les accidents de trajet ne sont pas visés.

La garantie s'exerce dans le monde entier et est acquise de façon continue, quelle que soit la durée du déplacement, pendant la durée de celui-ci.

Toutefois, les périodes (notamment week-end, jours fériés, etc.) situées à l'intérieur d'un déplacement professionnel de plusieurs jours et où vous rentrez à votre résidence principale ou secondaire, ne sont pas couvertes ; cependant dans ce cas, les risques survenant à l'occasion de trajets jusqu'à ladite résidence principale ou secondaire et retour sont garantis.

Risques couverts

Les risques couverts sont le décès accidentel et l'incapacité fonctionnelle permanente par accident.

Capital décès accidentel (capital supplémentaire) :

Lorsque votre décès est accidentel et remplit les conditions définies ci-avant, nous versons un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel que prévu au paragraphe « Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès ».

Capital en cas d'incapacité fonctionnelle permanente par accident (capital supplémentaire) :

En cas d'incapacité fonctionnelle permanente indemnisée le Régime Professionnel de Prévoyance (ou le cas échéant par la Sécurité sociale), il vous est versé un capital dont le montant est égal au montant du capital assuré en cas de décès toutes causes multiplié par le taux d'indemnisation retenu selon les barèmes figurant ci-après.

Barème : Taux d'incapacité fonctionnelle permanente par accident

Aliénation mentale incurable excluant tout travail	100%	
Paralysie organique totale	100%	
Cécité complète	100%	
Perte d'un œil avec énucléation	30%	
Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25%	
Surdité complète des deux oreilles	40%	
Surdité complète d'une oreille	10%	
Perte par amputation ou perte complète de l'usage :		
- des 2 bras ou 2 mains	100%	
- des 2 jambes ou 2 pieds	100%	
- d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100%	
- d'une jambe au-dessus du genou	50%	
- d'une jambe au-dessous ou au niveau du genou ou d'un pied	40%	
- d'un gros orteil	8%	
	Droit	Gauche
- d'un bras ou d'une main	60%	50%
- d'un pouce	20%	17%
- de l'index	15%	12%
- d'un des autres doigts de la main :		
• médius	10%	8%
• annulaire	8%	6%
• auriculaire	7%	5%

	Droit	Gauche
Perte totale des 3 doigts ou du pouce et d'un doigt autre que l'index	25%	20%
Perte complète de l'usage de :		
- de l'épaule	25%	20%
- du poignet ou du coude	20%	15%
- de la hanche	30%	
- du genou	20%	
- du cou de pied	15%	
Fracture vicieusement consolidée du maxillaire inférieur amenant des troubles dans la mastication, la déglutition et la parole : maximum	25%	
Fracture non consolidée :		
- d'une jambe	30%	
- d'une rotule ou d'un pied	20%	

Si vous êtes gaucher, le pourcentage d'incapacité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.

Les infirmités non énumérées ci-dessus, même d'importance moindre sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés sans tenir compte de votre profession.

Barème : Taux d'indemnisation en cas d'incapacité fonctionnelle permanente

Pour tout sinistre entraînant un taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) inférieur ou égal à 15%, aucune indemnité n'est versée.

Pour tout sinistre entraînant un taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) égale ou supérieur à 65%, l'indemnité est égale à 100% du capital garanti.

Pour tout sinistre entraînant un taux d'incapacité fonctionnelle permanente (IFP) compris entre 15% et 65%, l'indemnité se calcule en appliquant au capital garantie un coefficient égal au double de l'excédent du taux d'infirmité à 15%.

Exemples :

Taux d'IFP	Taux d'indemnisation
Jusqu'à 15%	0%
Pour 20%	10%
Pour 25%	20%
Pour 30%	30%
Pour 35%	40%
Pour 40%	50%
Pour 45%	60%
Pour 50%	70%
Pour 55%	80%
Pour 60%	90%
Pour 65% et plus	100%

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

Les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant, en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés ou si vous n'avez pas renseigné de désignation particulière de bénéficiaires :

- à votre conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut à votre concubin,
- à défaut, par parts égales entre eux, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales entre eux, à vos ascendants à charge et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, par parts égales entre eux, à vos parents et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, à vos héritiers à proportion de leurs parts héréditaires.

Pour le capital, hors majorations pour enfants ou ascendants à charge, vous êtes libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix au moment de votre affiliation ou ultérieurement.

Vous pouvez, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaire(s) » que nous délivrons à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. **Il vous appartient de nous l'adresser ou de nous 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 vous, le bénéficiaire et nous. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé par vous et le bénéficiaire, et dans ce cas, elle n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous est notifiée par écrit. **Il vous appartient donc de nous informer de l'existence de cette désignation en temps utile.**

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

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

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, nous vous recommandons de préciser ses coordonnées, afin que ce bénéficiaire soit informé par nos services, dans les meilleurs délais, dans le cadre de l'instruction du dossier de versement du capital.

Cependant, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants ou pour ascendants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci ou le cas échéant, cette part est versée entre les mains du représentant légal agissant pour leur compte et en leur nom.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, l'intégralité du capital vous est versée à votre demande.

Double effet

En cas de décès simultané ou postérieur, survenu au cours d'une période de 365 jours calculée de date à date, de votre conjoint n'ayant pas contracté de nouveau mariage ou de pacs, un capital est versé et réparti par parts égales entre vos enfants, dans la mesure où ils étaient à charge à la date de votre décès et que le contrat est en cours à la date du décès de votre conjoint.

Un seul capital supplémentaire est versé par enfant.

Frais d'obsèques

La garantie « frais d'obsèques » a pour objet de verser un capital en cas de décès de l'assuré, de son conjoint (ou partenaire pacsé) ou d'un enfant à sa charge de plus de 12 ans.

Le capital est versé à la personne qui a engagé les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés figurant sur la facture acquittée.

Lorsque les frais engagés sont inférieurs au montant de la garantie, le solde est versé comme suit :

En cas de décès :

- de vous-même : le capital est versé à votre conjoint (partenaire pacsé),
- de votre conjoint : le capital vous est versé,
- d'un enfant à charge tel que défini au paragraphe « Votre situation de famille » de plus de 12 ans : le capital vous est versé.

A défaut de personne ayant supporté les frais d'obsèques, le capital est versé comme suit :

En cas de décès :

- de vous-même : le capital est versé à votre conjoint (partenaire pacsé),
- de votre conjoint : le capital vous est versé,
- d'un enfant à charge tel que défini au paragraphe « Votre situation de famille » de plus de 12 ans : le capital vous est versé.

À défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, le capital sera réparti entre les héritiers en proportion de leurs parts héréditaires.

En tout état de cause, en cas de décès d'une personne sous tutelle ou curatelle, ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Quelles sont les pièces justificatives de la garantie capital décès ?

Le règlement des prestations relatives aux garanties « capital décès » est effectué après réception de l'ensemble des pièces justificatives que vous ou les bénéficiaires ou votre entreprise nous aurez transmises, comprenant :

- une demande de prestations comportant l'attestation par votre entreprise que vous étiez bien garanti à la date de votre décès ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie,
- les éléments nécessaires à la détermination des prestations :
 - une copie intégrale de votre acte de décès ou bien la notification de votre perte totale et irréversible d'autonomie,
 - une copie intégrale de votre acte de naissance délivrée depuis moins de trois mois,
 - un certificat médical attestant que votre décès est dû ou non à une cause naturelle,
 - les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire ou permettant l'obtention des majorations,
 - le justificatif de l'indemnisation chômage, si vous bénéficiez de la portabilité,
 - la preuve, apportée par vous-même ou le bénéficiaire, de la relation directe de cause à effet entre l'accident et votre décès accidentel ou votre incapacité fonctionnelle permanente, ainsi que la preuve de la nature de l'accident.

Garantie rente d'éducation

La garantie a pour objet d'assurer à chaque enfant à charge le service d'une rente d'éducation, lors de votre décès.

Les prestations Rente d'éducation sont versées sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale et au titre du Régime Professionnel de Prévoyance, lorsque l'assuré en bénéficie.

Quel est le montant de la rente d'éducation ?

Le montant annuel de l'ensemble des rentes temporaires versées aux différents enfants est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations dans la limite de 80 % de celle-ci. La limitation est doublée pour les enfants orphelins de leurs deux parents dans les conditions ci-dessous.

Le montant des prestations que nous versons tient compte le cas échéant de l'application du montant minimum de la rente annuelle versée par le Régime Professionnel de Prévoyance revalorisé chaque année dans les conditions définies au RPP.

Si l'enfant bénéficiaire devient orphelin de ses deux parents du fait du décès simultané ou postérieur, survenu au cours d'une période de 365 jours, du dernier parent n'ayant pas contracté de nouveau mariage ou de pacs, la rente d'éducation est doublée dans la mesure où le contrat est en cours à la date du décès du dernier parent.

Païement et durée

La date d'effet de la rente d'éducation est fixée au premier jour du mois suivant votre décès.

En cas de rente progressive, la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

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

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

Toute modification de la situation de l'enfant à charge, autre que la limite d'âge prévue au contrat, doit nous être signalée sans délai.

Nous demandons annuellement de justifier que les enfants à charge continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations.

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

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés tels que définis au paragraphe « Votre situation de famille ».

Quelles sont les pièces justificatives pour la rente d'éducation ?

Le règlement des prestations relatives à la rente d'éducation est effectué après réception de l'ensemble des pièces justificatives transmises par votre entreprise comprenant, en complément de celles demandées pour le versement du capital décès :

- votre dernier avis d'imposition,
- une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire délivrée depuis moins de trois mois,
- un relevé d'identité bancaire permettant le versement des prestations,
- le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire.

Garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente

Définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente ont pour objet de vous indemniser si vous êtes contraint, par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement votre activité.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et que nous reconnaissons, ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions du paragraphe « Contrôle médical ».

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

Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

Si vous cessez votre travail par suite de maladie ou d'accident vous êtes considéré en incapacité temporaire de travail. Vous devez en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires de notre part.

Après prélèvement des charges sociales salariales applicables, les indemnités journalières nettes sont égales à 100 % du salaire net, dans la limite du net des (TA+TB+TC), sous déduction des indemnités journalières nettes calculées par la Sécurité sociale et des prestations nettes versées au titre du Régime Professionnel de Prévoyance.

En aucun cas la somme des rémunérations d'indemnités complémentaires nettes de charges versées au salarié ne peut excéder 100% du salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Lorsque, du fait notamment d'une mesure de sanction prise par la Sécurité sociale, les indemnités de cet organisme sont :

- réduites, nos indemnités journalières complémentaires versées ne compenseront pas cette minoration,
- supprimées, le versement de nos indemnités journalières complémentaires sera suspendu.

De plus, lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont réduites du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle, les indemnités journalières complémentaires que nous versons ne compenseront pas cette minoration.

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise continue, correspondant à 90 jours consécutifs d'arrêt de travail.

Il est précisé que les 90 jours d'arrêt de travail peuvent ne pas être continus si la cause en est la même pathologie.

En cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours et à période de franchise atteinte, vous devez retourner un certificat médical d'incapacité de travail dont nous fournissons le modèle, dûment rempli par le médecin de votre choix, sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » à notre service médical à l'attention de notre médecin conseil.

Rechute

Tout nouvel arrêt de travail pour cause de maladie ou accident survenant moins de douze mois suivant une reprise de travail intervenant après le versement des prestations Incapacité-Invalidité, ouvre droit immédiatement aux prestations que vous perceviez avant ladite reprise, sans application de la franchise contractuelle, si :

- le nouvel arrêt de travail résulte de la même maladie ou du même accident ;
- la cause de l'interruption ouvre droit aux indemnités journalières ou à une pension d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité sociale ;
- et si vous remplissez toujours les conditions ouvrant droit à la garantie Incapacité de travail.

Il vous appartient d'apporter, le cas échéant, la preuve médicale permettant de déterminer qu'il s'agit ou non de la même maladie ou du même accident.

Il n'est pas fait de distinction suivant que les périodes d'incapacité de travail dont il s'agit interviennent ou non au cours d'une même année civile.

Lorsque la réadmission s'effectue dans le cadre de la garantie Incapacité temporaire, les périodes de prise en charge antérieures au titre de la même maladie ou du même accident sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale d'indemnisation.

Lorsque la nouvelle interruption de travail intervient après une reprise d'activité effective de douze mois consécutifs ou plus, elle sera considérée comme un nouvel arrêt de travail, entraînant l'application d'une nouvelle franchise de 90 jours.

Paie et durée des prestations de la garantie incapacité temporaire

Nous effectuons le règlement des indemnités journalières complémentaires après réception de l'ensemble des pièces justificatives que votre entreprise nous aura transmises.

La déclaration de sinistre doit être effectuée dans les 3 mois suivant la fin de la période de franchise, au-delà, les indemnités seront versées à compter de la date de réception de la déclaration.

Votre employeur perçoit les prestations pour votre compte tant que votre contrat de travail n'est pas rompu. Il doit vous les reverser après calcul et précompte de ses charges sociales. Il doit veiller à ce que la règle de cumul énoncée au paragraphe « Règle de cumul » soit respectée, et le cas échéant nous informer que le niveau maximum de ressources est atteint et nous restituer l'excédent éventuel.

Lorsque votre contrat de travail est rompu, nous vous versons les prestations directement.

Le service des indemnités journalières cesse :

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

Garantie invalidité permanente

Définition

Il peut vous être attribué une **rente d'invalidité** si vous êtes considéré :

- en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, vous êtes atteint d'une invalidité, constatée médicalement et que nous reconnaissons, réduisant partiellement ou totalement votre capacité à exercer une activité professionnelle,

et que vous bénéficiez, en outre :

- d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- ou d'une rente d'incapacité permanente reconnue par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, dont le taux est au moins égal à 33 %.

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

Nous accordons une rente d'invalidité annuelle après prélèvement des charges sociales salariales applicables égale à 100 % du salaire net, dans la limite du net des (TA+TB+TC), sous déduction des pensions d'invalidité nettes versées par la Sécurité sociale et le Régime Professionnel de Prévoyance.

En aucun cas, la somme des rémunérations et rentes nettes versées ne peut excéder 100% du salaire net que vous auriez perçu en activité.

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

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66%, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2^{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.

Païement et durée des prestations de la garantie d'invalidité permanente

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

Les rentes d'invalidité cessent :

- à la date à laquelle vous cessez de percevoir une pension d'invalidité ou une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, versées par la Sécurité sociale,
- à la date à laquelle vous ne justifiez plus d'un état d'invalidité permanente au sens du contrat,
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de votre pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale ou par un régime complémentaire AGIRC ou ARRCO ou à la date à laquelle vous auriez pu y prétendre à taux plein.

Reprise d'activité

En cas de reprise d'activité, si vous continuez de bénéficier d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, nous vous accordons des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle de cumul.

Règle du cumul

L'ensemble des prestations que vous percevez au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité permanente **ne pourra être supérieur à votre salaire net d'activité.**

L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par votre employeur, les prestations versées en application des garanties, celles servies par la Sécurité sociale, par le Régime Professionnel de Prévoyance et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage.

S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

Toutefois, si vous êtes un ancien salarié bénéficiant de la portabilité prévue au paragraphe « Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ? », la limitation des prestations complémentaires est appréciée en fonction du montant des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

Dans le cas où vous bénéficiez d'une rente d'invalidité et reprenez une activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant vous être versées dans le cadre de la règle de cumul est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

Recours subrogatoire

Nous pouvons exercer toute action contre les tiers responsables, pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

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

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec vos revenus salariaux, constituent une avance sur recours. En conséquence, vous, le bénéficiaire ou vos ayants droit subrogez expressément l'organisme assureur dans vos droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Lorsque, vous, le bénéficiaire ou vos ayants-droit êtes victimes d'un dommage causé par un tiers responsable, vous devez en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

Quelles sont les pièces justificatives pour les garanties incapacité temporaire de travail - invalidité permanente ?

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail pouvant donner lieu à prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente doit nous être déclaré par lettre, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives :

- la déclaration d'arrêt de travail,
- le certificat médical d'incapacité de travail que nous vous fournissons, complété par le médecin de votre choix, à retourner sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » à notre service médical à l'attention de notre médecin conseil,
- les décomptes de la Sécurité sociale,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité,
- la notification d'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle,
- le justificatif de l'indemnisation chômage, si vous bénéficiez de la portabilité.

Montant des prestations

Les dispositions ci-après viennent compléter ou remplacer celles énoncées précédemment.

Les prestations ci-après s'entendent y compris celles de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance pour les assurés en bénéficiant.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS (en % du traitement de base : salaire brut TA TB TC)
DECES toutes causes	
Célibataire, veuf/veuve, divorcé	200%
Marié ou lié par un PACS	250%
Majoration par descendant/ascendant à charge	60% ⁽¹⁾
(1) La majoration est de 100% pour le 1er descendant à charge pour le salarié veuf	
PTIA	
Capital de base	250%
Majoration par descendant/ascendant à charge	50% ⁽¹⁾
(1) la majoration est de 100% pour le 1er descendant à charge pour le salarié veuf	
DOUBLE EFFET	
Capital de base	200%
Majoration par descendant/ascendant à charge	50%
FRAIS D'OBSEQUES	
En cas de décès de l'assuré, du conjoint / partenaire ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans	150% PMSS
RENTE EDUCATION	
Enfant de moins de 6 ans	10%
Enfant de 6 ans à 14 ans	10%
Enfant de 14 ans et plus	15%
Minimum 1715 € / an (2016)	
GARANTIE ASSURANCE DEPLACEMENT PROFESSIONNEL	
Décès accidentel : versement complémentaire	100% capital décès toutes causes
Incapacité fonctionnelle permanente par accident	K x Capital décès (K - taux d'indemnisation)

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE

INCAPACITE

Franchise	90 jours continus*
Incapacité de travail n'excédant pas les 12 mois	100% salaire net**
Incapacité de travail excédant les 12 mois (à compter du 13ème mois d'arrêt de travail)	100% salaire net**

INVALIDITE

1ère catégorie ou taux d'incapacité entre 33% et 66%	100% salaire net
2ème et 3ème catégorie ou taux d'incapacité > 66%	100% salaire net

* les trois mois d'arrêt de travail peuvent ne pas être continus si la cause en est la même pathologie

** avec remontée des charges sociales (sur la base de 75% de participation patronale et de 23% de charges sociales)

