



Notice d'information

Prévoyance

Personnel non cadre

Garanties au 1^{er} janvier 2022

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

Sommaire

Présentation	3
Vos garanties prévoyance	5
Arrêt de travail	5
Décès ou invalidité permanente et absolue	5
Arrêt de travail	6
Contenu de la garantie	6
Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale	8
Contrôle médical	9
Litiges médicaux	9
Exclusions - déchéances	9
Décès ou invalidité permanente et absolue	11
Objet de la garantie	11
Contenu de la garantie	11
Exclusions - déchéances	14
Dispositions générales	15
Début des garanties	15
Cessation des garanties	15
Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties	15
Maintien des garanties	16
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge	19
Salaire de référence	20
Paiement des prestations	20
Revalorisation	21
Assiette des cotisations	21
Exonération des cotisations	22
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	22
Justificatifs	22
Prescription	25
Fausse déclaration intentionnelle	25
Subrogation	25
Territorialité	25
Réclamations – Médiation	25
Protection des données à caractère personnel	28
Autorité de contrôle	30

Présentation

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

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

Ce contrat d'assurance couvre les risques :

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

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

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale ;
- APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale ;
- MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat ;
- le groupement de coassurance AESIO MUTUELLE / MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE composé de AESIO MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vos garanties prévoyance

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations de l'organisme assureur
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière ⁽¹⁾	
Du 91 ^e jour d'arrêt de travail continu ou non jusqu'au 1095 ^e jour au plus tard	79 % du SR (T1 + T2) ⁽²⁾
Invalidité et Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle ⁽¹⁾	
Rente d'invalidité 1 ^{re} catégorie	50,4 % du SR (T1 + T2) ⁽²⁾
Rente d'invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	84 % du SR (T1 + T2) ⁽²⁾
Accident du travail et maladie professionnelle avec un taux d'incapacité permanente professionnelle ≥ 66%	84 % du SR (T1 + T2) ⁽²⁾

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

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

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

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

Décès ou invalidité permanente et absolue

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

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

Arrêt de travail

Contenu de la garantie

1/ Incapacité temporaire de travail

Objet et conditions de garantie

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

Cessation du paiement des prestations

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

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

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

Versement des indemnités journalières complémentaires

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

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

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

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

À l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la Sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les assurés ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de

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

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

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

2/ Invalidité et incapacité permanente professionnelle

Invalidité

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

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

Objet de la garantie

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

Montant des rentes complémentaires

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

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

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

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

Cessation du paiement des prestations

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

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

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

Versement de la rente complémentaire

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

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

3/ Règle de cumul des prestations arrêt de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

Contrôle médical

Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations. Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

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

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

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

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

Litiges médicaux

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

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

Exclusions - déchéances

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

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

- **les rixes, sauf le cas de légitime défense ;**
- **le congé de maternité.**

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Décès ou invalidité permanente et absolue

Objet de la garantie

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

Contenu de la garantie

1/ Capital décès toutes causes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette désignation particulière peut être établie :

- sur support papier, au moyen d'un formulaire de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès lorsque celui-ci est transmis à l'assuré par l'organisme assureur ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;
- par le formulaire en ligne de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès, accessible sur le site internet de l'organisme assureur si cette possibilité est ouverte pour l'assuré.

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

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

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

2/ Invalidité permanente et absolue

Invalidité permanente et absolue

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

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

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

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

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

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

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

3/ Rente d'éducation OCIRP

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

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré, le montant de la rente d'éducation est doublé. La qualité d'enfant à charge est appréciée au jour du sinistre.

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

Conditions de règlement

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

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

En cas du décès ou d'invalidité permanente et absolue de l'assuré, la rente d'éducation susvisée est versée à chaque enfant à charge et sans limite d'âge, en cas d'invalidité de l'enfant reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par avis médical ou tant qu'il

bénéficie de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité ».

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

Cessation des règlements

Les rentes éducation cessent d'être versées :

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

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

4/ Rente de survie handicap OCIRP

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

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

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

Conditions de règlement

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

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

Cessation des règlements

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

Justificatifs

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

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

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

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

5/ Frais d'obsèques

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

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

Exclusions - déchéances

Sont exclus de la garantie décès :

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

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

Sont exclus des frais d'obsèques les sinistres résultant :

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

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

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Dispositions générales

Début des garanties

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

Cessation des garanties

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

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

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

Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties

Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

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

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

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

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

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

Il en est ainsi notamment en cas de :

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

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

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

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

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

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

Maintien des garanties

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

Conditions au maintien de l'affiliation

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

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

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

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

Obligations déclaratives

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

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

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

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

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'assuré et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus. Si l'assuré a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

Garanties

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

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

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

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

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

Financement

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

Cas des salariés confrontés à une situation de procédures collectives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le maintien de la garantie est assuré :

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

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

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

En cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat de prévoyance

L'organisme assureur maintient le paiement des prestations en cours de versement au niveau atteint à la date d'effet de cette résiliation ou non-renouvellement. La cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation ou un non-renouvellement.

Le droit à indemnisation au titre de l'invalidité est maintenu à l'assuré percevant des indemnités journalières de l'organisme assureur, le versement ou le droit à ces indemnités devant être né antérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat.

Le salarié **percevant des prestations complémentaires** de l'organisme assureur ou de tout autre organisme assureur de l'entreprise en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité, au titre d'un contrat collectif obligatoire, bénéficie **pendant la période de versement de ces prestations** du maintien des garanties suivantes :

- le capital décès ;
- la rente d'éducation OCIRP ;
- la rente de survie Handicap OCIRP ;
- les frais d'obsèques.

Ne donne pas lieu au maintien :

- **l'invalidité permanente et absolue de l'assuré.**

Ce maintien de garantie cesse également à la date de notification de la pension vieillesse du régime de Sécurité sociale.

Garantie décès maintenue par un précédent organisme assureur

Quand le salarié ou l'ancien salarié bénéficiaire de la portabilité des garanties bénéficie du maintien de la garantie décès du précédent organisme assureur de l'entreprise, les prestations en cas de décès qui seraient dues par l'organisme assureur au titre du contrat de prévoyance sont déterminées sous déduction des

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

Conjoint

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

Sont assimilés au conjoint :

- **Le concubin** : la personne vivant avec l'assuré en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.
- **Le partenaire de PACS** : la personne ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle.

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

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

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

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire 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 CNED (Centre national d'enseignement à distance),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- quel que soit leur âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Qualités

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

Salaire de référence

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

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

- Tranche 1 : partie de la rémunération de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois celui-ci (la T2 est limitée au plafond ci-contre pour l'application des présentes dispositions).

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

- Capital Décès / IPA / Rente d'éducation : le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue.
- Incapacité temporaire de travail / invalidité / incapacité permanente professionnelle : Le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.
- Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis, comme si l'assuré avait travaillé.

Paieement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Les prestations en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale ou selon les modalités communiquées par l'organisme assureur. Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.

En cas de décès

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

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

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

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

La rente d'éducation et la rente de survie handicap sont revalorisées chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP, organisme assureur de ces garanties.

Revalorisation du salaire de référence

La revalorisation du salaire de référence servant à l'ouverture des prestations est fonction de l'évolution de la valeur du point salaire telle que définie selon les dispositions de la Convention Collective Nationale ÉCLAT. Elle intervient lorsqu'une période d'arrêt a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), ainsi que la reconnaissance de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle.

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

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

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

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

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

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

Assiette des cotisations

Les cotisations sont calculées en pourcentage de la rémunération annuelle brute de l'assuré, dans la limite des tranches de rémunération définies ci-après :

Tranche 1 (T1) : partie de la rémunération de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche 2 (T2) : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci (la T2 est limitée au plafond ci-contre pour l'application des présentes dispositions).

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de Sécurité Sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un

régime d'exonération de cotisations de Sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations, le 13ème mois le cas échéant, la prime de vacances et d'ancienneté, l'indemnité de préavis, les gratifications et les indemnités d'activité partielle légales complétées le cas échéant par l'employeur.

Toutefois, ne sont pas pris en compte dans l'assiette des cotisations, les avantages en nature et les revenus du capital (notamment stock-options), ainsi que les sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non-concurrence).

Pour les cas de maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail tels que visés au paragraphe correspondant et sauf dispositions dérogatoires (exonération) précisées ci-après, l'assiette des cotisations à retenir est le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Exonération des cotisations

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

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

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

Justificatifs

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

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

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

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

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

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail et à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas l'assuré, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

Fausse déclaration intentionnelle

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

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

Subrogation

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

Territorialité

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

Réclamations – Médiation

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

Toutes contestations ou réclamations relatives à l'application des dispositions du contrat doivent être adressées à l'organisme assureur aux coordonnées précisées dans le tableau ci-après.

ORGANISMES ASSUREURS	RÉCLAMATIONS – MÉDIATION
AG2R Prévoyance	Par courrier au point d'entrée unique pour la prévoyance / santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22. En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Émile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9
APICIL PRÉVOYANCE	• par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients - Équipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris • via le formulaire en ligne disponible depuis le lien suivant : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE	Dans un premier temps, par courrier à : - Pour le Salarié et/ou les ayants droit : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou par mail à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de l'organisme assureur, les réclamations peuvent être présentées : - par courrier au Médiateur de la protection sociale, 10 rue Cambacérès 75008 Paris - ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/
MUTEX	Dans un premier temps : par courrier aux services de gestion de CHORUM CONSEIL - 4-8 rue Gambetta – 92240 Malakoff Si la réclamation n'est pas réglée : par courrier à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex Par courrier : La Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 Par internet : https://www.mediation-assurance.org

AÉSIO

Dans un premier temps, par courrier à
Pour le Salarie : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288
Guyancourt Cedex

Ou par mail à : [reclamation-particulier-
assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com)

Puis, soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la
Consommation de la Mutualité Française – FNMF – 255 rue de
Vaugirard 75719 Paris Cedex 15,

Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du
Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par le présent article des caractéristiques du traitement de leurs données par les organismes assureurs.

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

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

Les organismes assureurs s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et au RGPD. Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du service médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Ces données ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

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

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

Les organismes assureurs s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires ainsi qu'à notifier à la CNIL et à informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions prévues par le RGPD.

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

Ces droits peuvent être exercés par l'assuré et les bénéficiaires en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'organisme assureur, aux coordonnées mentionnées dans le tableau ci-après.

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

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

ORGANISMES ASSUREURS	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
AG2R Prévoyance	Par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr .
APICIL Prévoyance	Par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire ou par mail à : dpo@apicil.com
MUTEX	Dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. Par mail : dpo@chorum.fr Par courrier : Délégué à la Protection des Données de Chorum 4 rue Gambetta 92240 Malakoff

	Concernant les données personnelles relatives à l'état de santé : Par courrier : Médecin conseil de MUTEX 140 avenue de la République CS 30007 92327 Châtillon Cedex.
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE	Par courrier à : Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris Cedex 9 Par mail à : dpo@malakoffhumanis.com
AÉSIO	La demande peut être exercée : Par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS Par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Autorité de contrôle

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

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

AÉSIO - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 – Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

APICIL Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social : 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire

MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS Nanterre, sous le numéro 529 219 040, et dont le siège social est situé 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex.

Le groupement de coassurance AESIO mutuelle / Malakoff Humanis Prévoyance composé de AESIO Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 4 rue du Général Foy 75008 PARIS et de MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 PARIS.

OCIRP, union d'institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 788 334 720 et dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan, 75008 Paris.