

Malakoff Humanis Prévoyance

Contrat collectif à **adhésion obligatoire**



Garanties prévoyance

Ensemble du personnel

NOTICE D'INFORMATION
Mise à jour : 1^{er} janvier 2025



Liste des sociétés dont le personnel bénéficie des présentes garanties

raison sociale	siren n°
VALEO	552 030 967
VALEO COMFORT AND DRIVING ASSISTANCE	017 251 067
D A V	652 025 370
SC2N	327 153 722
VALEO EMBRAYAGES	438 834 186
VALEO ELECTRIFICATION	479 162 695
VALEO SYSTEMES THERMIQUES	331 312 108
VALEO VISION	950 344 333
VALEO SYSTEMES D'ESSUYAGE	342 192 150
VALEO SERVICE	306 486 408
VALEO MANAGEMENT SERVICES	380 361 675
VALEO POWER FRANCE	905 015 566
VALEO EXPERTIN	934 158 759

SOMMAIRE

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Les dispositions relatives à la vie du Contrat	1
L'objet du contrat	1
Votre affiliation	1
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	3
Les prestations	9
Les généralités du contrat	13
Les dispositions relatives aux Garanties	17
Les garanties décès	17
Les garanties incapacité temporaire - invalidité	20
Le maintien des garanties à titre facultatif	25
Le maintien des garanties décès au personnel en mesure de transition emploi-retraite	25
Les pièces justificatives	27
Pièces nécessaires au paiement des prestations	27
Le montant des prestations	31
Garanties d'assistance	32

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.

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

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

IMPORTANT

Document à remettre
à votre service Ressources Humaines

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu une notice d'information sur les garanties

Prévoyance souscrites par mon entreprise :

auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

A _____ le _____

Signature :

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Les dispositions relatives à la vie du Contrat

L'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, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 PARIS, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 775 691 181.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons les garanties de prévoyance. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

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

Malakoff Humanis Prévoyance et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, que vous soyez salarié ou ancien salarié, vous devez compléter et signer un « bulletin individuel d'affiliation » précisant votre nom, vos prénoms, date de naissance, situation de famille, domicile, ainsi que votre catégorie professionnelle.

Vous retournez le bulletin individuel d'affiliation à votre service RH qui s'engage à nous le faire parvenir.

Si vous êtes un ancien salarié couvert par un autre organisme assureur, antérieurement à la date d'effet du contrat, et si vous avez toujours des droits au titre de la portabilité, vous êtes soumis aux mêmes modalités d'affiliation à la date d'effet du contrat.

La fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de 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.

La déchéance de garantie au sinistre

Vous ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- si vous utilisez ou fournissez 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.

Vous vous exposez également à des poursuites pénales de notre part.

Votre situation de famille

Sont retenus pour le calcul de prestations :

Le conjoint, c'est-à-dire :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

Les enfants à charge, c'est-à-dire les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ou ceux qui sont recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

- ✓ D'une part :
 - être âgés de moins de 18 ans,
 - ou, être âgés d'au moins 18 ans et de 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou en formation en alternance ou de professionnalisation,
 - être inscrit à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés,
 - les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré ou de son conjoint.
- ✓ D'autre part :
 - vivre sous le même toit que l'assuré,
 - ou, être fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
 - ou être fiscalement à charge du conjoint de l'assuré.

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du salarié décédé, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

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, une fois accomplies les modalités d'affiliation.

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

Garanties décès

Si vous percevez des indemnités journalières ou une pension d'invalidité 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.

Garanties incapacité temporaire - invalidité

Si vous étiez en arrêt de travail, précédemment garanti par un autre organisme assureur, vous bénéficiez des garanties incapacité temporaire - invalidité au titre du contrat à partir de votre reprise d'activité (sauf rechute de l'arrêt de travail précédent).

Lorsque les prestations du contrat sont supérieures à celles de l'ancien organisme assureur, nous assurons aux bénéficiaires, à compter de la date d'effet du contrat, les différentiels des prestations en cours de service.

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

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet du contrat

Si vous étiez un ancien salarié couvert précédemment par un autre organisme assureur, vous pouvez bénéficier des garanties du contrat si vous remplissez les conditions pour en être bénéficiaire.

Poursuite de la revalorisation des prestations

Les prestations en cours de service, au titre des indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes de conjoint, rentes d'éducation, sont revalorisées dans les conditions fixées au paragraphe intitulé « 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 entrée dans le groupe assuré, sous réserve que votre demande d'affiliation ait été adressée dans les trente jours suivant votre entrée. A défaut, la couverture accordée prendra effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'affiliation.

La prise d'effet des modifications de vos garanties

En cas de modifications des garanties Incapacité temporaire - invalidité et 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 - invalidité, 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 l'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 radiation des effectifs.

Quand cessent vos garanties ?

Les garanties cessent :

- du fait de la rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité ;
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail, à l'exception des périodes de maintien ;
- du fait de la liquidation, par le salarié, de sa pension de retraite relevant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf en cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par l'article L.161-22 du Code de la sécurité sociale ou en cas de retraite progressive, telle que définie par l'article L. 351-15 du même code ;
- en cas de non-paiement de la cotisation prévoyance, dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables en la matière ;
- en cas de décès du salarié ;
- en tout état de cause, du fait de la dénonciation de l'annexe 9 de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 7 février 2022 et/ou de la résiliation du contrat d'assurance, selon les conditions et modalités définies par la loi ou ledit contrat, sans préjudice des dispositions des articles 7 et 7-L de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail

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

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le souscripteur,
- ou
- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie,
- et plus généralement s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021).

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

Suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

Suspension du contrat de travail non rémunéré

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par ailleurs, au-delà de cette période, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties Décès lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,

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.

Ce maintien s'applique pendant toute la durée dudit congé.

Les garanties prennent effet :

- à la date de départ en congé sans solde sous réserve que la demande de maintien des garanties nous parvienne, par écrit, dans les 30 jours qui précèdent la date de suspension du contrat de travail,
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation ou de suspension des garanties,
- à la veille de votre reprise d'activité,
- à la date de votre radiation des effectifs.

Faculté de renonciation

L'assuré, qui bénéficie d'un maintien facultatif de ses garanties, peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation à son choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. A cet effet, la demande de résiliation de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment, les modalités de contacts pouvant être différentes lorsque la gestion du contrat est déléguée ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

La renonciation est définitive.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon affiliation au contrat n°, ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article « renonciation » du contrat. »

Dénonciation volontaire de votre part

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet. En tout état de cause, vous pouvez renoncer aux garanties en demandant la résiliation de votre affiliation tous les ans au moins deux mois avant la fin de l'exercice civil.

La notification de la dénonciation de votre affiliation peut être effectuée, à votre choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. A cet effet, la demande de résiliation de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment, les modalités de contacts pouvant être différentes lorsque la gestion du contrat est déléguée ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Cette dénonciation est définitive.

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'assuré doit demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Le maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité en cours de contrat

Les garanties en cas de décès vous sont maintenues, y compris après la résiliation du contrat, pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, 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 ?

Le maintien des garanties vous est accordé si la cessation de votre contrat de travail, hors cas de licenciement pour faute lourde, ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, dans les conditions définies ci-après.

Les droits sont examinés au jour de la cessation de votre contrat de travail. Ils sont ouverts sous les conditions cumulatives suivantes :

- la cessation de votre contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage,
- les droits à garantie doivent avoir été ouverts avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Le maintien des droits prend effet au lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail.

Vous devez nous fournir, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de 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,
- toute pièce complémentaire que nous jugerions nécessaire.

Vous gardez le bénéfice de vos garanties pendant une durée égale à **celle de l'indemnisation chômage**, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur), appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur et **pour une durée maximale de douze mois**.

Toute suspension de vos 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 droits.

Nous pouvons, à tout moment, vous demander de justifier que vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties.

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie que nous accordons est nulle.

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle vous apparteniez.

En cas de modification du contrat des actifs les modifications de garanties vous sont appliquées.

Conformément aux obligations rappelées au contrat, le cas échéant, votre ancien employeur est tenu de vous informer des modifications apportées au contrat pendant la période de maintien.

Si votre contrat prévoit des garanties en cas d'incapacité - invalidité :

- le cumul des prestations incapacité ou invalidité versées par l'assureur, 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,
- lorsque le délai de franchise et le montant des prestations dépendent de votre ancienneté, celle-ci est appréciée au jour de la cessation de votre contrat de travail,
- aucune prestation au titre de la garantie incapacité de travail ne vous est versée par l'assureur pendant la période de carence de l'assurance chômage obligatoire.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est identique à celui défini dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle vous apparteniez, et est apprécié au jour de la cessation du contrat de travail.

Les prestations éventuelles vous sont versées ou, dans le cas de certaines prestations décès, sont versées au(x) bénéficiaire(s) tels que défini(s) au contrat sous réserve de la fourniture des justificatifs mentionnés ci-dessus et à la garantie concernée.

Le maintien des garanties cesse à :

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

Le maintien des droits au régime prévoyance est assuré sans contrepartie de cotisations pour vous.

L'employeur est tenu de :

- vous informer de votre droit à portabilité dans le certificat de travail,
- nous informer de la cessation du contrat de travail déclenchant la portabilité,
- vous remettre la notice d'information.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, le bénéficiaire cessera d'être couvert à la date d'effet de la résiliation.

Si à la date d'effet de la résiliation, le bénéficiaire perçoit des prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente au titre du contrat, le maintien des garanties éventuelles au titre du décès s'effectuerait dans les mêmes conditions que celles prévues au contrat des actifs.

La résiliation du contrat d'assurance ou de la garantie

Quels sont les 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 des garanties.

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

Quels sont les effets de la résiliation si vous êtes en incapacité de travail ou invalidité ?

Si vous êtes en incapacité temporaire ou en invalidité, la garantie en cas de décès est maintenue dans les conditions prévues au paragraphe « Le maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité en cours de contrat ».

Si vous êtes en incapacité temporaire ou en invalidité et avez repris une activité salariée tout en continuant à percevoir des prestations de la Sécurité sociale, et que vous bénéficiez de ce fait de droits au titre d'un nouveau contrat, la base de calcul est diminuée du salaire perçu au titre de cette activité pour le versement des prestations.

La garantie double effet cesse à la date de la résiliation.

Quels sont les 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 - invalidité qui s'applique est celle 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.

Quelles sont les obligations de votre entreprise ?

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.

Les prestations

Comment sont calculées les prestations ?

La base de calcul des prestations sert à déterminer le montant des prestations versées par l'organisme assureur. Elle est identique à la base de calcul des cotisations et correspond au salaire brut annuel de l'assuré des douze mois civils ayant précédé l'évènement ouvrant droit à la prestation (dite période de référence).

Elle est limitée aux tranches de salaires 1 et 2 définies comme suit :

- T1 : Rémunération dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale
- T2 : Rémunération comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, la base de calcul des prestations au titre de la garantie Rente éducation est au moins égale au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle.

Si pendant la période de référence l'assuré a perçu un revenu de remplacement et bénéficie du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail visé ci-avant :

- pour la garantie Incapacité temporaire de travail, la base de calcul des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale,
- pour la garantie Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la garantie Rente éducation, la garantie Rente de conjoint et la garantie Invalidité / Incapacité permanente, la base de calcul correspond au salaire brut annuel de l'assuré des douze mois civils ayant précédé la suspension du contrat de travail.

Si la durée de travail de l'assuré évolue au cours de la période de référence (exemple passage d'un temps plein à un temps partiel), la base de calcul des prestations est rétablie sur une base annuelle correspondant au contrat de travail en vigueur à la date ouvrant droit à prestation.

Pour les assurés bénéficiant d'une rente d'invalidité au titre du contrat et reprenant une activité à temps partiel, il est appliqué à la base de calcul initialement retenue de la rente d'invalidité la nouvelle quotité de temps travaillé éventuellement revalorisée.

La période de référence correspond aux douze mois précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail pour :

- les assurés bénéficiant de la portabilité,
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu en période de réserves militaires ou policières,
- les assurés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès.

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

Comment sont revalorisées les prestations ?

En cours de service

Les prestations sont revalorisées une fois par an au 1^{er} juillet. Le taux de revalorisation est fixé par le Conseil d'administration de Malakoff Humanis Prévoyance en fonction des résultats de l'Institution.

La première revalorisation prend effet le 1^{er} juillet qui suit le point de départ 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.

La déclaration de sinistres et le paiement des prestations

Tout sinistre doit nous être déclaré grâce aux formulaires prévus à cet effet dans les deux ans qui suivent l'événement.

Nous effectuons le paiement des prestations, sous réserve de la production des pièces justificatives visées au titre de chaque garantie.

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

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

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, nous versons les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G. - C.R.D.S. - Impôt à la source) éventuellement applicables dont nous avons la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

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

Les plafonds de garantie

Le montant maximum des prestations garanties, 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.

Le contrôle médical

Sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption du paiement des prestations en cours de service en votre faveur, nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment :

- **tous justificatifs qui nous paraîtraient nécessaires afin de contrôler les déclarations qui nous sont faites ;**
- **de vous soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler votre état de santé ainsi que les avis médicaux et pièces justificatives que vous aurez transmis et ce, indépendamment des décisions prises par les organismes de Sécurité sociale.**

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

A l'issue de cet examen et en cas de désaccord entre votre médecin et le médecin que nous déléguons sur l'appréciation de votre état de santé, les deux médecins pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par nous et l'assuré.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le président du tribunal de grande instance de votre domicile. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

La mobilité à l'étranger

Les garanties vous sont acquises si vous exercez votre activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion de détachement hors du territoire français (sauf les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères), les garanties s'exercent.

Quelles sont les exclusions ?

Exclusions concernant l'incapacité temporaire et l'invalidité

Sont exclus des garanties incapacité temporaire-invalidité, les sinistres résultant :

- d'un déplacement ou séjour à titre privé dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées au contrat. Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

Exclusions concernant les garanties en cas de décès (garanties décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente d'éducation, rente de conjoint)

Sont exclus des garanties décès, les sinistres résultant :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes : quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou séjour à titre privé dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées au contrat. Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,
- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

Exclusions concernant le capital décès accidentel et la perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

Les prestations liées au caractère accidentel du décès ne sont pas dues si le décès résulte de l'une des causes suivantes :

- participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes : quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- état d'ivresse constaté médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule et que l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident,
- usage de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement,
- pratiques d'ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre,
- accident de navigation aérienne : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne n'est garanti que si l'assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien, étant entendu que les essais réalisés à des fins professionnelles, y compris sur le temps personnel (week-end, congés,...) ne sont pas exclus,
- pratiques de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- pratiques de sports à titre professionnel,
- activités professionnelles sous la mer,
- rixes, sauf en cas de légitime défense,
- émeutes quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active,
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices,
- déplacement ou séjour à titre privé dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées au contrat. Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone,
- conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

Exclusions concernant l'ensemble des garanties

Sont également exclus de l'ensemble des garanties souscrites au contrat :

- tout événement ouvrant droit à prestation consécutif à un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, auquel l'assuré a pris une part active,
- les sinistres (décès et arrêt de travail) résultant de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide ou tentative de suicide).

La déchéance

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

Les généralités du contrat

La 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou le bénéficiaire nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La protection des données à caractère personnel

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

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

L'assuré a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et de ses bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé.

A ce titre, les données personnelles relatives à la santé de l'assuré et celles de ses bénéficiaires sont traitées dans des conditions :

- garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et de ses bénéficiaires,
- permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles, et permettant d'informer l'assuré dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

Si les données personnelles de l'assuré et de ses bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente 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, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

L'assuré et ses bénéficiaires disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de vos données) que vous pouvez exercer :

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

L'assuré et ses bénéficiaires peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis disponibles aux coordonnées ci-dessus.

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses bénéficiaires dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ données d'identification ▪ données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré ▪ données économique, patrimoniale et financière, professionnelle ▪ données relatives à l'appréciation du risque 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation 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 ▪ l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses bénéficiaires expriment ▪ la gestion des avis de l'assuré et de ses bénéficiaires sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposent ▪ l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ▪ 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 qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré ▪ 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, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent 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) ▪ à ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine ▪ la proposition à la personne assurée et à ses bénéficiaires droit d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités ▪ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et de ses bénéficiaires (aucune prospection commerciale n'est réalisée en présence d'un courtier apporteur) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données ▪ les sous-traitants éventuels ▪ les délégataires de gestion ▪ les intermédiaires d'assurance ▪ les réassureurs et coassureurs ▪ les organismes professionnels habilités ▪ les partenaires ▪ les sociétés extérieures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ des finalités pour lesquelles les données sont collectées ▪ de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat ▪ des obligations légales de Malakoff Humanis ▪ des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis ▪ acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 	

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

L'assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'assureur peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité du souscripteur ou du bénéficiaire et de justifier des opérations réalisées.

A qui vous adresser en cas de réclamation ou médiation ?

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

La réclamation peut également 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 vos bénéficiaires: reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- ou sur l'espace Assuré.

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'assureur ou l'organisme gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'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'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Les dispositions relatives aux Garanties

Les garanties décès

La présente garantie a pour objet d'assurer, dans les conditions définies ci-après :

- si vous veniez à décéder :
 - le versement de capitaux aux bénéficiaires tels que définis au paragraphe « La désignation de bénéficiaire liée à la garantie capital décès »,
 - éventuellement, selon le choix du focus, le versement de rentes d'éducation aux bénéficiaires tels que définis au paragraphe « Votre situation de famille »,
 - éventuellement, selon le choix du focus, le versement de rentes de conjoint (une rente viagère et éventuellement une rente temporaire) aux bénéficiaires tels que définis au paragraphe « Votre situation de famille ».
- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - le versement de capitaux à vous-même, et sur votre demande.

Le choix du focus

La garantie a pour objet de permettre au(x) bénéficiaire(s) d'avoir le choix entre plusieurs options (focus) pour le versement des prestations.

Le ou les bénéficiaire(s) a (ont) le choix entre les 3 options suivantes :

- FOCUS A : régime capital,
- FOCUS B : régime capital + rente d'éducation,
- FOCUS C : régime capital + rente de conjoint.

Le choix du focus est effectué par le ou les bénéficiaire(s) dans les 3 mois qui suivent le décès de l'assuré.

Au-delà de ce délai, l'option « FOCUS A : régime capital » (capital décès seul) sera retenue par l'organisme assureur pour le paiement des prestations :

- en l'absence de choix formel par le ou les bénéficiaires **et en l'absence d'enfant(s) à charge** ;
- en cas de désaccord sur le choix d'option entre les bénéficiaires **et en l'absence d'enfant(s) à charge**.

En outre, l'option « FOCUS A : régime capital » sera obligatoirement retenue si l'assuré, à son décès, remplit les conditions cumulatives suivantes :

- s'il n'a pas ou plus d'enfant à charge. **Dans le cas contraire c'est le Focus B qui s'applique** ;
- s'il est célibataire, veuf, divorcé ou séparé de droit et donc non susceptible de faire bénéficier du FOCUS C à son conjoint survivant.

La situation de famille retenue étant celle au jour du décès de l'assuré.

Tout choix d'option non porté à la connaissance de l'assureur avant le paiement des prestations prévues au contrat lui est inopposable.

La 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 ou bénéficiaire 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.

Votre demande doit être effectuée dans les cinq ans qui suivent la date de notification d'attribution de votre pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

Le versement de votre capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie "capital décès toutes causes".

Le capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

Un capital supplémentaire vous est versé lorsque votre décès ou votre perte totale et irréversible d'autonomie est due à un accident. Le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie sont d'origine accidentelle s'ils sont intervenus dans les douze mois qui suivent cet accident.

Le capital décès accidentel est dû en cas d'accident postérieur à la date à laquelle vous êtes reconnu en perte totale et irréversible d'autonomie, même si vous avez perçu par anticipation le capital décès toutes causes.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle met fin à la garantie "capital supplémentaire en cas de décès accidentel".

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de votre volonté, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et votre décès ou votre perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire.

La désignation de bénéficiaire liée à la garantie capital décès

La ou les personnes bénéficiaires du capital décès précédemment défini doit(vent) faire l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du salarié auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion. 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 leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

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

- au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, reconnus ou adoptés ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, aux ascendants directs de l'assuré, aux père et mère survivants ;
- à défaut, aux autres héritiers.

Vous êtes libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix au moment de votre affiliation ou ultérieurement.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé « désignation particulière de bénéficiaires » que nous vous délivrons à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Dans ce cas, il vous appartient de nous informer de l'existence de cette désignation particulière.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez nous préciser ses coordonnées.

Conformément à l'article 1121 du code civil, la clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire. Dans ce cas, vous ne pourrez plus revenir sur les termes de cette désignation sans l'accord dudit ou desdits bénéficiaire(s).

Cependant, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge est attribuée par parts égales à ceux-ci ou à leur représentant légal.

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

Le doublement de la rente d'éducation en cas de décès des deux parents

En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint, partenaire de Pacs ou concubin, le montant de la rente d'éducation est doublé.

Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à douze mois.

Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours d'un même évènement.

Le paiement et la durée des rentes

Rente d'éducation

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

Les rentes sont payées mensuellement, 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.

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

Rente de conjoint

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

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

La rente temporaire cesse à la date à laquelle le conjoint peut prétendre à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire unifié AGIRC-ARRCO ou celle à laquelle le partenaire pacsé ou le concubin aurait pu y prétendre s'il avait été marié à vous.

Lors du décès du bénéficiaire, la rente viagère et le cas échéant la rente temporaire cessent d'être dues à la fin du trimestre au cours duquel le décès est survenu.

Le contrat prévoyant le versement d'une rente de conjoint, viagère ou temporaire, le droit à la rente est supprimé à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs ou atteste de sa situation de concubinage au sens du contrat (plus de deux ans ou sans délai en cas de naissance d'un enfant issu de cette union).

Le maintien du versement de la rente est en conséquence conditionné chaque année par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois ou d'une copie de l'avis d'imposition.

Faute de renvoi de cette déclaration dans les 30 jours suivant la date de la demande de l'organisme assureur le versement de la rente peut être suspendu jusqu'à réception de la déclaration par les services compétents.

A réception de la déclaration, au plus tard dans les 6 mois suivant la date de demande de l'organisme assureur le paiement de la rente sera repris avec l'antériorité, dès lors que la situation familiale du bénéficiaire lui permet de prétendre encore au versement de la rente.

Sous réserve que la transmission hors délai des pièces déclaratives constitue un préjudice à l'organisme assureur, ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ pour reprendre le paiement des prestations suspendues. Ainsi, faute de renvoi de cette déclaration dans les 6 mois suivant la date de la demande de l'organisme assureur le droit au versement de la rente ne reprendra qu'à compter de la date de réception des documents.

Les garanties incapacité temporaire - invalidité

La définition des garanties

Les garanties incapacité temporaire et invalidité 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 maladies professionnelles.

Les arrêts de travail indemnisés par la Sécurité sociale au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption n'entrent pas dans l'objet de la garantie.

La garantie incapacité temporaire

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 de travail et maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires de notre part.

Les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière qui correspond à la base de calcul des prestations divisée par 365. Les prestations garanties sont exprimées sous déduction des indemnités journalières brutes de Sécurité sociale et du salaire éventuellement versé par l'employeur dans le cadre d'une activité partielle.

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

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

Si vous bénéficiez du maintien de la garantie incapacité temporaire dans le cadre de la portabilité, les prestations qui vous sont maintenues ne peuvent vous conduire à percevoir des indemnités journalières d'un montant supérieur à celui des allocations de chômage que vous auriez perçues au titre de la même période compte tenu des indemnités versées par la Sécurité sociale et de tout autre revenu d'activité ou de remplacement.

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

Après un premier arrêt de travail que nous avons indemnisé, tout nouvel arrêt de travail pendant la durée de votre affiliation, donnant lieu au paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant votre reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt de travail précédent.

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

Paiement et durée des prestations de la garantie incapacité temporaire

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

Tant que votre contrat de travail n'est pas rompu, ces prestations sont réglées à votre employeur. À charge pour lui de vous les reverser après calcul et précompte des charges sociales. En cas de rupture de votre contrat de travail, les prestations vous sont versées 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 le régime complémentaire unifié AGIRC-ARRCO, sauf en cas de cumul emploi-retraite.

La garantie invalidité

Définition

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

- soit, est reconnu par l'organisme assureur, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
 et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;
- soit, est reconnu invalide par l'organisme assureur, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par l'organisme assureur selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 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.

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

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

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.

Paiement et durée des prestations de la garantie d'invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité vous sont versées par trimestre civil, 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 l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité permanente au sens du présent contrat,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à aux dispositions relatives au « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'effet d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- à la fin du trimestre suivant le trimestre au cours duquel l'assuré atteint l'âge pour obtenir sa retraite à taux plein du régime de base obligatoire (sauf en cas de poursuite d'une activité partielle salariée dès lors que la condition de versement des rentes d'invalidité du régime général continue d'être remplie),
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

Les dispositions particulières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Incapacité de travail :

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou un accident.

Incapacité permanente :

Une rente annuelle est servie lorsque le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est au moins égal à 33 %.

La 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.

La règle du cumul

Les prestations versées par l'organisme assureur au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité et incapacité permanente ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré. Elles ont donc un caractère indemnitaire.

Au titre de la règle de cumul, chacun des éléments ci-dessous est retenu pour son montant net de prélèvements sociaux quel que soit le destinataire du paiement.

De ce fait, le cumul des éléments versés :

- par l'organisme assureur,
- par la Sécurité sociale (**à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne**),
- par tout autre organisme,
- le cas échéant, par France Travail,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,

ne peut excéder le salaire net (communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration d'arrêt de travail) **de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat.**

En cas de cumul d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la prestation complémentaire invalidité ou incapacité permanente n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle. Ainsi, le salaire perçu par l'assuré, à déduire de la prestation complémentaire ne comprend pas les revalorisations salariales et/ou annuelles, à condition que la quotité du temps de travail de l'assuré soit inchangée.

Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur sont réduites d'autant.

Par ailleurs, le montant des prestations versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut excéder celui qui serait versé en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.

Le recours subrogatoire

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

Par ailleurs, les prestations que nous versons 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, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Si vous avez été victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants droit doivent nous en informer lors de la demande de prestation.

Le maintien des garanties à titre facultatif

Le maintien des garanties décès au personnel en mesure de transition emploi-retraite

Conditions du maintien des garanties décès

Les garanties décès peuvent vous être maintenues si vous êtes en activité réduite et bénéficiez d'un maintien de salaire à hauteur de 80 % dans le cadre d'une mesure de transition emploi-retraite, sous réserve d'en faire la demande et en contrepartie du versement de la cotisation prévue au contrat, afin de compléter votre couverture obligatoire à hauteur de 100 %.

Ce maintien s'applique pendant toute la durée du bénéfice de la mesure de transition emploi-retraite.

Les garanties prennent effet à la date à laquelle vous bénéficiez de la mesure de transition emploi-retraite.

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation ou de suspension des garanties,
- à la date de prise d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale.

Prestations

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations, identique à celle définie au titre de votre couverture obligatoire, s'effectue uniquement sur les 20 % de salaire manquant.

Pour les salariés en forfait heure, avec forfait HS, le salaire manquant englobe le forfait HS qui était perçu avant le passage à temps partiel.

Montant des prestations

Le montant des prestations décès est celui correspondant au focus que vous avez éventuellement choisi au titre de votre couverture obligatoire.

Faculté de renonciation

L'assuré, qui bénéficie d'un maintien facultatif de ses garanties, peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation à son choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. A cet effet, la demande de résiliation de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment, les modalités de contacts pouvant être différentes lorsque la gestion du contrat est déléguée ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

La renonciation est définitive.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon affiliation au contrat n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article « renonciation » du contrat. »

Dénonciation volontaire de votre part

En cas de modification apportée à vos droits et obligations contractuels, vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet. En tout état de cause, vous pouvez dénoncer votre adhésion à chaque échéance annuelle du 31 décembre en respectant un préavis de deux mois avant la fin de l'exercice civil.

La notification de la dénonciation de votre affiliation peut être effectuée, à votre choix :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. A cet effet, la demande de résiliation de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment, les modalités de contacts pouvant être différentes lorsque la gestion du contrat est déléguée ;

5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Cette dénonciation est définitive.

Les pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES	PREDECEDES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE - INCAPACITE PERMANENTE
<u>Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur</u> et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	X	X		X	X	X	X			X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X	X	X				
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès	X		X	X	X	X	X				
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X	X		X				
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif France Travail pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X		X	X			X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X					X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES	PREDECEDES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
--	---------------------	--------------------	--------------	--------------------	-------------------	-------------------	------------------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------------

Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		X					
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X			X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante		X							X		X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X							X		X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles relatifs aux modalités d'ouverture du droit à prestation et aux délais de transmission des pièces justificatives		X								X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X								X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes...) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant										X	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES	PREDECEDES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
--	---------------------	--------------------	--------------	--------------------	-------------------	-------------------	------------------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------------

Facture acquittée						X					
Justificatif d'attribution ou non des droits différés au titre du régime unifié AGIRC-ARRCO pour la rente temporaire à l'ouverture et chaque année					X						
Toutes pièces justifiant que le bénéficiaire de la rente est vivant, non marié ou non lié par un pacs chaque année (Extrait d'acte de naissance du bénéficiaire datant de moins de trois mois)					X						
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X							X	X
Toutes pièces officielles : - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident								X	X	X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt										X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite										X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	RENTE DE CONJOINT	FRAIS D' OBSEQUES	PREDECEDES DU CONJOINT	DECES ACCIDENTEL	PTIA ACCIDENTELLE	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE
--	---------------------	--------------------	--------------	--------------------	-------------------	-------------------	------------------------	------------------	-------------------	-----------------------	------------------------------------

Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%											X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale											X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X		X	X	X				
Si le contrat prévoit un délai de franchise spécifique en cas d'hospitalisation, joindre le bulletin de situation d'hospitalisation										X	

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

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

Tableau des garanties

Le montant des prestations

	FOCUS 1	FOCUS 2	FOCUS 3
GARANTIES	Prestations en % T1/T2		
CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES (versement par anticipation en cas de PTIA)	Cadre : capital décès minimum 300% du PASS Non Cadre : capital décès minimum 300% T1		
Assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement sans enfant à charge	300%	-	-
Marié sans enfant à charge	300%	-	200%
Assuré célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement ou marié, avec un enfant à charge	-	200%	-
Marié avec un enfant à charge	-	200%	-
Majoration par enfant à charge supplémentaire	-	-	-
CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL			
Assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé judiciairement sans enfant à charge	100% du capital décès toutes causes	100% du capital décès toutes causes + rente éducation	100% du capital décès toutes causes
Assuré marié non séparé judiciairement, assuré lié par un pacs ou assuré en concubinage sans enfant à charge			
Assuré célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement ou marié, avec un enfant à charge			
Majoration par enfant à charge en sus du premier			
RENTE D'ÉDUCATION (PAR ENFANT ET PAR AN) viager pour les enfants handicapés ou invalides 2ème ou 3ème catégorie - Minimum 10% du PASS			
De 0 à 11 ans	-	10%	-
De 12 à 18 ans inclus	-	10%	-
De 19 à 25 ans inclus	-	10%	-
ALLOCATION OBSEQUES			
En cas de décès du salarié, du conjoint, d'un enfant à charge de moins de 12 ans	100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale		
DOUBLE EFFET (décès dans les 12 mois)			
	-	Doublement des rentes éducation	-
RENTE DE CONJOINT (PAR AN) « x » représente l'âge de l'assuré à son décès, calculé par différence entre l'année du décès et l'année de naissance			
Rente temporaire	-	-	0,085% (X*-25)
Rente viagère	-	-	0,20% (65-X*)

INCAPACITÉ TEMPORAIRE	
Franchise : Salarié ayant moins d'un an d'ancienneté et ne bénéficiant pas du maintien de salaire par l'employeur Salarié ayant plus d'un an d'ancienneté et bénéficiant du maintien de salaire par l'employeur	60 jours continus En relais du plein salaire maintenu par l'employeur au titre de la CCN
Prestations (sous déduction des IJ SS et du salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles)	100% T1 / T2 pendant 180 jours dans la limite de 100% du net puis 80% T1 / T2 à partir du 181ème jour et jusqu'à expiration des droits
INVALIDITÉ	
Hors accident du travail et maladie professionnelle (sous déduction de la rente brute de la Sécurité sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur)	
1 ^{ère} catégorie	48%
2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie	80%
En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle "n" = taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale	
Taux "n" < 33%	-
Taux "n" compris entre 33% et 66%	80% T1 / T2 x (n/66)
Taux "n" > 66%	80% T1 / T2

Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre employeur, vous trouverez en complément de celle-ci, une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par AUXIA Assistance.

Fait à Paris, le 17 février 2025.