

RÉSEAU DES CHAMBRES DE MÉTIERS
ET DE L'ARTISANAT

RÉGIME DE PRÉVOYANCE ENSEMBLE DU PERSONNEL

Contrat collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION N° 7838/1 - 1^{er} janvier 2019

« Capital décès – Rente d'éducation – Rente de conjoint
Incapacité de travail - Invalidité »



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

SOMMAIRE

Document à signer et à remettre à votre employeur	3
PRÉAMBULE	5
DISPOSITIONS COMMUNES	6
L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR	6
VOTRE AFFILIATION	6
VOTRE CHOIX D'OPTION	6
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	7
LES PRESTATIONS	10
PRESCRIPTION	12
EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATIONS DE GARANTIES	12
LES COTISATIONS	13
COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?	14
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	15
LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS (toutes options)	15
LA GARANTIE ALLOCATION D'OBSÈQUES (toutes options)	16
LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION (options 3 et 4)	17
LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT (options 2 et 4)	17
LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ (toutes options)	18
ANNEXES	21
TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES PRESTATIONS SELON LES OPTIONS	21
QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	22
LES COORDONNÉES UTILES	22
LES FORMULAIRES	23

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties de Prévoyance souscrites auprès
de Malakoff Médéric Prévoyance par mon employeur :

.....

Ces garanties sont conformes aux dispositions du régime de prévoyance obligatoire mis en place au
sein du réseau consulaire des Chambres de métiers et de l'artisanat.

Je prends note que le régime de prévoyance comporte 4 options de garanties et que la déclaration
de mon employeur auprès de l'Institution entraîne mon affiliation à l'option 1. Je dispose de la
faculté de choisir l'une des 3 autres options dont les garanties en cas de décès peuvent s'avérer plus
adaptées à ma situation familiale (modalités exposées dans la présente notice).

À, le

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 775 691 181

PRÉAMBULE

La présente notice d'information, qui vous a été remise par votre employeur au titre du contrat d'assurance souscrit auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, expose les dispositions communes à toutes les garanties du contrat, les dispositions particulières à chaque garantie ainsi que les niveaux de prestations.

Cette notice est établie en conformité avec les dispositions de l'article L.932-6 du Code de la sécurité sociale.

Votre employeur, en sa qualité de souscripteur du contrat, peut également vous apporter des précisions.

GLOSSAIRE

Il faut entendre, dans le cadre de la présente notice d'information, pour les termes ci-dessous employés :

Régime de prévoyance : le régime de prévoyance « décès - Incapacité de travail - Invalidité » défini au Statut du personnel des chambres de métiers et de l'artisanat (article 46 et Annexe XVI du Statut).

Adhérent : votre employeur, en qualité de souscripteur du contrat d'assurance.

Bénéficiaire : personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du présent contrat de prévoyance, c'est-à-dire vous-même et en cas de décès vos ayants droit.

CMA : établissement public administratif autonome appartenant au réseau des Chambres de métiers et de l'artisanat, y compris CMA France.

Contrat-cadre : le contrat conclu entre CMA France et l'Institution afin de convenir des conditions d'assurance du régime de prévoyance des CMA.

Contrat d'assurance : le contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, dont les dispositions contractuelles sont conformes au régime de prévoyance, au contrat-cadre et au marché public n° 2018-16.

Institution : Malakoff Médéric Prévoyance.

Participant : vous-même en tant qu'agent relevant du Statut du personnel ou en tant qu'agent ne relevant pas du Statut du personnel, effectivement couvert par le contrat souscrit par votre employeur, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée, le cas échéant devenant ancien agent ; une fois affilié au contrat vous devenez membre participant de l'Institution.

Statut du personnel : Statut du personnel des Chambres de métiers et de l'artisanat.

DISPOSITIONS COMMUNES

L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR

Le Statut du personnel des Chambres de métiers et de l'artisanat prévoit la mise en œuvre d'un régime obligatoire de prévoyance complémentaire, au bénéfice de l'ensemble des agents.

Afin de permettre aux Chambres du réseau des CMA de respecter cette obligation et de bénéficier d'un dispositif mutualisé, après mise en concurrence dans le respect de l'article 42 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 Juillet 2015 et des articles 71 et 72 du décret n° 2016-360 du 25 Mars 2016, CMA France a retenu l'offre proposée par :

- **Malakoff Médéric Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Le cahier des charges du marché public n° 2018-16 prévoit également que le personnel non statutaire puisse bénéficier des mêmes garanties de prévoyance.

La présente notice d'information expose les dispositions du contrat d'assurance **collectif à adhésion obligatoire**, mis en œuvre en application des dispositions du Statut du personnel et du marché public n° 2018-16.

Le contrat d'assurance a pour objet de vous faire bénéficier de garanties de prévoyance complémentaire en cas de décès ou d'invalidité absolue définitive, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, sans sélection médicale et sans condition d'ancienneté.

Le niveau des garanties du contrat a été établi en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

Malakoff Médéric Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

VOTRE AFFILIATION

Vous devez être affilié **à titre obligatoire** dès lors que vous appartenez à la catégorie de personnel assurée, sans condition d'ancienneté et sans sélection médicale. Sont visés :

- les agents de droit public (titulaires, stagiaires ou contractuels) relevant du Statut du personnel ;
- le personnel employé dans des conditions de droit privé. Sont notamment visés les bénéficiaires de contrat aidé ou de contrat CIFRE et de contrat d'alternance (contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation). Ce personnel ne relève pas du Statut du personnel.

Il appartient à votre employeur de faire le nécessaire.

Lors de votre affiliation, nous attirons plus particulièrement votre attention sur l'importance de prendre connaissance de deux points, afin de vérifier que les dispositions prévues par défaut vous conviennent et, si tel n'est pas le cas, nous informer de votre choix :

- **l'option de garanties (rubrique ci-après),**
- **la désignation de bénéficiaire du Capital décès (cf. « En cas de décès toutes causes »).**

Une fois affilié, vous devenez membre participant de l'Institution.

VOTRE CHOIX D'OPTION

Quelles sont les modalités de choix ou de changement d'options ?

En contrepartie d'une cotisation globale d'un montant identique, plusieurs options vous permettent de choisir celle que vous considérez la plus adaptée à votre situation (étant précisé que ces options sont équivalentes sur le plan actuariel).

Le choix porte sur la couverture du risque décès : capital décès renforcé, ou capital décès minoré complété d'une rente éducation et/ou d'une rente de conjoint.

Le capital prévu en cas de décès toutes causes ou de décès accidentel, peut être versé par l'Institution, au choix du participant, selon les modalités suivantes :

- un capital (option 1) ;
- un capital minoré + une rente de conjoint (option 2) ;
- un capital minoré + une rente éducation (option 3) ;
- un capital minoré + une rente de conjoint + une rente éducation (option 4).

La déclaration de votre employeur auprès de nos services entraîne votre affiliation à l'option 1 (capital décès renforcé/pas de rente éducation ni de rente de conjoint). Si cette option ne vous convient pas, il vous appartient de nous en informer en nous adressant le formulaire prévu à cet effet dûment complété et signé, soit directement soit par l'intermédiaire de l'employeur.

Pour être pris en compte, le choix d'option doit impérativement faire l'objet d'une demande écrite de votre part, adressée à l'Institution directement ou par l'intermédiaire de l'employeur.

Vous pouvez modifier votre choix :

- à tout moment en cas de modification de situation familiale notifiée à l'Institution, à effet du premier jour du mois civil qui suit la demande (mariage ou divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacs, naissance ou adoption, décès d'un ayant droit...) ;
- sans motif particulier, avec prise d'effet au 1^{er} janvier, la demande devant être adressée à l'Institution avant le 31 décembre qui précède.

Toutefois, **le changement d'option n'est plus possible** à partir du moment où vous avez bénéficié du versement du capital décès par anticipation au titre de l'invalidité absolue définitive.

Lorsque vous changez d'option, nous vous invitons à vérifier parallèlement la désignation de bénéficiaire du capital décès.

Application de l'option lors de l'événement ouvrant droit à prestations

Nous attirons votre attention sur le fait que, lors d'une demande de prestations, l'Institution retient le choix d'option effectivement porté à sa connaissance à la date de l'événement ouvrant droit à prestations (ou l'option 1 à défaut de choix).

Dans le cas d'une contestation de votre part ou de vos ayants droit quant à l'option retenue pour le calcul des prestations, la responsabilité de l'Institution ne peut être engagée dans le cas où il s'avérerait qu'un changement d'option n'aurait pas été porté à sa connaissance avant la survenance du décès. Aucune somme complémentaire ne sera due au titre de l'option non portée à la connaissance de l'Institution.

D'autre part, une clause de sauvegarde est prévue dans les situations suivantes :

- si vous avez choisi l'option comportant la garantie « rente d'éducation » (option 3) et que vous venez à décéder en ne laissant à cette date pas d'enfant susceptible de bénéficier de cette garantie, alors les prestations décès versées sont celles de l'option 1 ;
- si vous avez choisi l'option comportant la garantie « rente de conjoint » (option 2) et que vous venez à décéder en ne laissant à cette date pas de conjoint (ou partenaire lié par un Pacs ou concubin), susceptible de bénéficier de cette garantie, alors les prestations décès versées sont celles de l'option 1 ;
- si vous avez choisi l'option comportant les garanties « rente d'éducation » et « rente de conjoint » (option 4), et que vous venez à décéder en ne laissant à cette date ni enfant à charge ni conjoint (ou partenaire de Pacs ou concubin) susceptible de bénéficier de ces garanties, alors les prestations décès versées sont celles de l'option 1.

Cette clause de sauvegarde impliquant un changement d'option, elle ne s'applique toutefois pas à partir du moment où vous avez bénéficié du versement du capital décès par anticipation au titre de l'invalidité absolue définitive (cf. paragraphe précédent relatif au changement d'option).

QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Les formalités d'affiliation susvisées étant accomplies, la date à compter de laquelle vous accédez au bénéfice des garanties est fixée comme suit :

- soit la date d'effet du contrat d'assurance si vous êtes à cette date en activité ou en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, ou encore si votre relation de travail est suspendue dès lors que l'employeur maintient totalement ou partiellement le salaire ;
- soit ultérieurement, à la date de votre embauche.

Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident et que vous étiez couvert pour ces risques dans le cadre du précédent contrat collectif de prévoyance du réseau des CMA, la prise d'effet des garanties ne pourra intervenir qu'à compter de votre reprise d'activité.

En effet, il est convenu que cet organisme assureur prenne en charge, au titre du précédent contrat collectif de prévoyance du réseau des CMA :

- et de la garantie Incapacité de travail - Invalidité, le service des prestations acquises ou nées avant le 1^{er} janvier 2019 jusqu'à leur terme (fait générateur de l'arrêt de travail survenu pendant la période de couverture), tant au titre de l'incapacité de travail que de l'invalidité qui constitue une prestation différée de l'arrêt de travail, à l'exception des revalorisations futures prises en charge par l'Institution au titre du présent contrat d'assurance ;
- et des garanties décès, le maintien de ces garanties en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité ou d'invalidité, à l'exception des revalorisations futures des rentes d'éducation et de conjoint, des pensions d'invalidité et des rentes d'incapacité permanente professionnelle prises en charge par l'Institution au titre du présent contrat d'assurance.

Dans le cas où, à la date d'effet du contrat d'assurance, votre relation de travail est suspendue sans rémunération de l'employeur ni indemnisation de la Sécurité sociale, les garanties prendront effet à la date de votre reprise d'activité.

Quand cessez-vous de bénéficier des garanties ?

Vous cessez de bénéficier des garanties à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ou cessation de la relation de travail (sauf hypothèse de maintien de garanties exposé ci-après en cas d'incapacité ou d'invalidité) ;
- cessation du maintien de garanties (cas exposé ci-après) ;
- suspension de la relation de travail (sauf cas de maintien précisés ci-après) ;
- prise d'effet de la retraite au régime général de la Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, vous êtes affilié au titre de votre nouveau statut) ;
- résiliation du contrat d'assurance.

Suspension de votre relation de travail : que se passe-t-il ?

Suspension de votre relation de travail non indemnisée

En cas de suspension de votre relation de travail pour des raisons autres que médicales et ne donnant pas lieu à rémunération ; les garanties du contrat d'assurance sont suspendues.

Toutefois, vous pouvez demander le maintien, à titre individuel, de votre couverture, sous réserve d'acquitter la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale) correspondante directement auprès de l'Institution.

La demande devra être formalisée auprès de l'Institution avant la date d'effet de la suspension de votre relation de travail.

Suspension de votre relation de travail indemnisée

Votre affiliation est maintenue obligatoirement en cas de suspension de votre relation de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez, pendant cette période :

- d'un maintien du traitement ou du salaire, total ou partiel ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur ;
- ou d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- ou d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption.

Dans une telle hypothèse votre employeur versera une contribution calculée selon les règles qui vous sont applicables pendant toute la période de suspension de votre relation de travail indemnisée.

Parallèlement, vous continuerez à vous acquitter de votre propre part de cotisation

Cessation de votre relation de travail et incapacité de travail ou invalidité : que se passe-t-il ?

Ces dispositions vous concernent si, à la date de cessation de votre relation de travail, vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident ouvrant droit à prestations au titre de la garantie Incapacité de travail - Invalidité.

Vous demeurez bénéficiaire de la garantie Incapacité de travail – invalidité du contrat, dès lors que les prestations sont, immédiates ou différées (invalidité), acquises ou nées antérieurement à la cessation de votre relation de travail. Les prestations sont versées jusqu'à leur échéance normale.

Les garanties en cas de décès – selon l'option choisie à la date de cessation de votre relation de travail – vous sont maintenues pendant ladite période d'incapacité de travail ou d'invalidité ouvrant droit à prestations du présent contrat. Le maintien cesse en tout état de cause à la date de reprise d'une activité professionnelle totale, de cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale, ou de prise d'effet de la retraite du régime général de la Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, le maintien perdure tant que sont versées les indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Que se passe-t-il en cas de modification des garanties du contrat ?

Ces dispositions vous concernent si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date à laquelle prennent effet des modifications de garanties.

En cas de modification des conditions de prestations de la garantie incapacité de travail - invalidité, vous restez couvert selon les modalités contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail.

En cas de modification des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si vous figurez toujours aux effectifs de l'établissement, alors vous êtes couvert selon ces nouvelles modalités,
- à défaut, vous restez couvert selon les modalités en vigueur à la date de votre radiation des effectifs.

Que se passe-t-il en cas de résiliation du contrat d'assurance ?

Conséquences de la résiliation sur les garanties Incapacité et Invalidité

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'assurances est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant leur exécution.

Ainsi, le principe est que les prestations prévues par le présent contrat d'assurance liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité dudit contrat ne peuvent être remises en cause par sa résiliation ultérieure.

Les indemnités journalières complémentaires et les pensions/rentes complémentaires, en cours de versement, sont maintenues à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'assurance. Les revalorisations futures ultérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat seront prises en charge par l'Institution dans les conditions visées ci-après.

En outre, par application d'un principe général du droit civil, la cessation de votre relation de travail est sans effet sur le versement des prestations en cours de service (c'est-à-dire immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant cette relation). Les revalorisations futures ultérieures à la date d'effet de la résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance seront prises en charge par l'Institution dans les conditions visées ci-après.

Conséquences de la résiliation sur les garanties Décès

En application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture du risque décès inclut une clause de maintien de la garantie décès en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente).

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'assurance est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'arrêt de travail – selon l'option choisie à cette date –, **à l'exclusion des prestations liées au décès d'une autre personne que le participant** ⁽¹⁾.

La revalorisation des bases de calcul des prestations décès, à la date d'effet de la résiliation ou de non-renouvellement du contrat, sera prise en charge par l'Institution dans les conditions visées ci-après.

Maintien à titre individuel facultatif – Sortie du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif, ainsi qu'en cas de cessation de votre relation de travail entraînant la perte de la qualité de membre du personnel du réseau des CMA, et si vous êtes couvert depuis au moins deux ans par le contrat collectif, vous pouvez demander le maintien de l'ensemble des garanties de prévoyance, ceci dans le cadre de la souscription d'un contrat individuel facultatif, dont la durée ne peut excéder l'âge minimum requis pour faire valoir les droits à une pension retraite du régime général.

Pour être recevable, la demande de souscription du contrat individuel doit être effectuée par vos soins au plus tard dans un délai de deux mois suivant la date à laquelle vous cessez d'être couvert par le contrat collectif. La prise d'effet est alors fixée :

- au lendemain de la cessation des garanties du contrat collectif, si la demande est effectuée avant cette date,
- à défaut, au lendemain de la demande de souscription.

L'ensemble des contrats individuels souscrits dans le cadre de ce maintien sont mutualisés, l'ensemble des anciens membres du personnel se voyant donc proposer les mêmes conditions tarifaires ; ces conditions évoluent ensuite de manière uniforme pour l'ensemble des contrats. Les cotisations sont calculées sur la base d'une assiette fictive correspondant aux douze mois civils précédant la cessation des garanties du contrat collectif, et sont payables d'avance par les anciens membres du personnel souscripteurs.

Portabilité des droits prévoyance

Considérant les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale (par application volontaire pour les agents de droit public relevant du Statut du personnel), vous bénéficiez du maintien, à titre gratuit, de la couverture prévoyance prévue dans le cadre du présent contrat d'assurance en cas de cessation de votre relation de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation de votre relation de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée des fonctions ou du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des dernières fonctions ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs au sein des effectifs de votre employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts au sein de votre employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat d'assurance, tant à la hausse qu'à la baisse, vous sont donc applicables postérieurement à la cessation de votre relation de travail) ;

(1) Capital prévu en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (garantie Capital décès), allocation d'obsèques en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

- le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période ;
- vous devez justifier auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

Votre employeur se chargera de vous signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

Le maintien des garanties prévoyance cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif ;
- expiration de la période de droits à laquelle vous pouvez prétendre ;
- résiliation du contrat d'assurance.

Toute suspension des allocations chômage quel qu'en soit le motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

Votre employeur doit informer l'Institution de la cessation de la relation de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée de vos fonctions ou de la durée de votre ou de vos dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Votre employeur s'engage par ailleurs à informer sans délai l'Institution de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le mécanisme de portabilité est financé par un système de mutualisation, et donc sans contrepartie de cotisation à votre égard.

LES PRESTATIONS

Ce chapitre recense un certain nombre de dispositions générales et définitions relatives aux prestations ; ces éléments vous seront utiles pour prendre connaissance ensuite des Dispositions particulières à chaque garantie.

Quel est le traitement (salaire) de référence pour le calcul des prestations ?

Le traitement ou salaire de référence annuel servant de base au calcul des prestations – hors allocation d'obsèques – correspond aux traitements ou salaires bruts annuels, dans la limite de la tranche C (8 fois le plafond de la Sécurité sociale), soumis à cotisations et que vous avez perçus au cours des **douze mois civils ayant précédé l'événement ouvrant droit à prestations**, c'est-à-dire :

- pour les garanties décès : précédant le mois du décès, ou précédant le mois de l'arrêt de travail initial lorsque le décès ou l'invalidité absolue définitive survient au cours d'une période d'arrêt de travail ;
- pour la garantie incapacité temporaire de travail - invalidité : précédant le mois de l'arrêt de travail initial.

Lorsque la période de référence n'est pas complète, le traitement ou salaire de référence annuel est établi au prorata de la période comprise entre la date d'effet de la garantie ou la date de votre entrée et la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Si vous avez demandé à bénéficier du maintien des garanties décès au cours de la suspension de votre relation de travail, la période de référence correspondant alors aux 12 mois civils précédant le mois au cours duquel est intervenue la suspension de votre relation de travail.

Si une période d'incapacité de travail a précédé l'invalidité, le traitement ou salaire de référence est revalorisé compte tenu de l'évolution de l'indice de revalorisation précisé ci-après, intervenu entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'invalidité.

Pour la garantie Frais d'obsèques, la prestation est déterminée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès ouvrant droit à la prestation.

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées annuellement, à effet du 1^{er} juillet, selon le taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) faisant suite à un arrêt de travail ou à une invalidité indemnisé(e), le traitement ou salaire de référence est revalorisé en fonction de la valeur dudit indice.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'assurance, la revalorisation des prestations ainsi que la revalorisation du traitement de référence pour le maintien des garanties décès continuent d'être assurées par l'Institution dans les conditions visées ci-avant.

Revalorisation spécifique des garanties décès (article R.132-3-1 du Code des assurances)

À compter de la date du décès du participant et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation (Annexe - Quelles sont les pièces à fournir en cas de demande de prestations ?), la

prestation mentionnée dans la présente notice d'information – 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.

Comment votre situation de famille est-elle prise en compte ?

Pour l'application du contrat, à la date de l'événement ouvrant droit à prestations (notamment celles en cas de décès), il faut entendre pour les vocables ci-dessous :

- **Le conjoint** : votre époux(se) (article 143 du Code civil), non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non séparé(e) de corps judiciairement ;
- **Le partenaire lié par un Pacs** : la personne, quel que soit son sexe, avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- **Le concubin** : la personne, quel que soit son sexe, avec laquelle vous vivez 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'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; vous et votre concubin ne devez ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera notamment par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- **Les enfants à charge** :
Sont considérés comme enfants à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, recueillis, du participant ou de son conjoint ou partenaire lié par un Pacs ou concubin, qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :
 - **Condition d'âge** :
 - être âgés de moins de 18 ans,
 - ou être âgés de 18 ans à 26 ans révolus, en cas de poursuite d'études (études secondaires ou supérieures, cursus de formation professionnelle en alternance – dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, d'un contrat d'aide à l'insertion ou encore dans le cadre d'une inscription au Centre National d'Enseignement à Distance - CNED) ; la période de garantie pour la dernière année d'études est fixée du 1^{er} janvier au 31 décembre ;
 - quel que soit leur âge s'agissant des enfants reconnus invalides ou handicapés avant leur 18^e anniversaire (ou avant leur 27^e anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions de l'alinéa précédent), sous réserve qu'ils perçoivent une allocation d'éducation pour enfant handicapé ou une allocation pour adulte handicapé, prévues à l'article L.541-1 ou L.821-1 du Code de la sécurité sociale ;
 - **Condition de rattachement fiscal** :
 - être fiscalement à charge du participant, c'est-à-dire entrer dans la détermination du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire ⁽²⁾ déductible du revenu imposable du participant.
 - **Condition d'activité salariée** :
 - ne pas exercer d'activité professionnelle ou exercer une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC,
 - à l'issue des études, si l'enfant n'a pas atteint la limite d'âge de 26 ans révolus et qu'il est inscrit à l'Assurance-chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi, la période de garantie est étendue pour une année civile (si la limite d'âge est atteinte au cours de ladite année civile, alors l'enfant cesse d'être considéré comme à charge à la date du 27^e anniversaire).

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant.

Comment effectuer une demande de prestations ?

Tout événement ouvrant droit à prestations doit être déclaré selon les modalités ou formulaires mis à disposition par l'Institution. Lorsqu'un délai de déclaration est nécessaire pour fixer le point de départ des prestations, celui-ci est indiqué au descriptif de la garantie concernée, dans la deuxième partie de la présente notice « Dispositions particulières ».

Le paiement des prestations est effectué après réception de l'ensemble des pièces justificatives, dont une liste non exhaustive est précisée en fin de document. L'Institution peut en effet être amenée à vérifier l'exactitude des déclarations de l'employeur et demander au bénéficiaire des informations et pièces justificatives complémentaires.

Comment peut-il être effectué un contrôle médical ?

L'Institution peut faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations, et réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires à cette fin.

(2) La contribution à l'entretien et l'éducation des enfants.

L'examen de la situation médicale du participant peut amener l'Institution à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale.

L'institution notifie au participant les résultats du contrôle par courrier recommandé. En cas de désaccord, l'intéressé devra indiquer à l'Institution, dans les huit jours de la notification, les coordonnées du médecin qu'il a choisi.

Si les deux médecins, choisis respectivement par l'assuré et l'institution, ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisiront un tiers médecin pour les départager.

Les résultats de ce nouveau contrôle seront notifiés à l'intéressé dans les mêmes formes et délais. À défaut de contestation, par lettre recommandée, sous huitaine de la réception de ces résultats, l'intéressé est considéré comme les ayant acceptés.

Dans ces conditions, l'Institution peut procéder, au vu de ce contrôle, à la suspension voire la suppression des prestations ; il en sera de même en cas de refus ou opposition à contrôle par l'assuré.

Dans l'hypothèse d'un désaccord persistant du participant sur le contrôle médical, ou de son refus avéré de se soumettre aux visites et enquêtes jugées nécessaires par l'Institution, l'intéressé devra demander, par voie de justice, la désignation d'un expert judiciaire ; ses droits à prestations seront suspendus tant que n'interviendra pas soit, l'accord de l'intéressé sur les conclusions des contrôles effectués soit, une décision judiciaire définitive.

PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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 ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution 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 l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

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

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

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 demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'institution par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

EXCLUSIONS – DÉCHÉANCE – LIMITATIONS DE GARANTIES

Exclusions concernant les garanties Capital décès, Rente d'éducation et Rente de conjoint

Sont exclus 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 le participant y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

Outre les exclusions de garanties précisées au paragraphe précédent, les prestations de la garantie Capital décès, liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue définitive, ne sont pas dues si cet accident résulte de l'une des causes suivantes :

- 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 si le participant 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 ;
- 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 ;
- 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 le participant y prend une part active ;
- fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifice.

Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant, est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Champ d'application territorial

Les garanties s'exercent sur le territoire français (y compris les départements, régions et collectivités d'outre-mer). Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de déplacements privés, de missions professionnelles ou à l'occasion d'un détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, hors du territoire français **sauf pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires étrangères.**

Déplacements groupés

Pour tout déplacement terrestre, maritime ou aérien de plus de 50 agents et tout regroupement de plus de 200 agents, organisé en dehors des locaux habituels de travail, l'Adhérent doit adresser une déclaration préalable au moins trois semaines avant le déplacement ou le regroupement.

L'Institution se prononce sur les conditions dans lesquelles les garanties peuvent être accordées à ces agents.

À défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de l'Institution, les prestations peuvent être réduites ou supprimées. L'engagement de l'Institution sera dans cette hypothèse limité à 100 millions d'euros par événement ; par événement il faut entendre un accident ou une catastrophe naturelle entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins trois agents. L'engagement est défini comme étant le cumul des garanties, capitaux et/ou capitaux constitutifs de rentes.

LES COTISATIONS

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations assises sur le traitement ou salaire brut dans la limite du plafond de la tranche C, servant de base aux cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion de toutes sommes versées à l'agent en raison de la cessation de la relation de travail, lors de son départ ou ultérieurement (quelle que soit leur dénomination : primes, indemnités, rappels de traitement ou de salaire...).

Les tranches de salaire sont définies comme suit :

- Tranche A ou « TA » : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B ou « TB » : tranche comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche C ou « TC » : tranche comprise entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Toutefois, au cours du contrat, ces assiettes pourront, le cas échéant, être modifiées afin de prendre en compte les modifications consécutives à l'entrée en vigueur du nouveau régime fusionné AGIRC-ARRCO.

Pour les membres du personnel en suspension de la relation de travail ayant demandé à bénéficier du maintien des garanties décès tels que prévues ci-avant (cf. suspension de votre relation de travail non indemnisée), l'assiette de cotisation est établie sur la base du traitement ou salaire brut moyen des douze mois civils (le cas échéant moins de douze mois si la durée de la dernière relation de travail a été inférieure) précédant le mois de la suspension de la relation de travail.

Pour les membres du personnel en incapacité temporaire totale de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, les cotisations sont dues uniquement sur la fraction du traitement ou salaire éventuellement versée (aucune cotisation n'est due sur les prestations complémentaires servies par l'Institution au titre du contrat).

COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?

La notice d'information

Votre employeur est tenu de vous remettre, comme à chaque participant, la notice d'information établie par l'Institution, qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Au cours de la vie du contrat d'assurance, votre employeur vous informe des modifications qui sont apportées à vos droits et obligations.

La protection de vos données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris 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 »), le participant reconnaît avoir été informé par l'Institution, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel du participant peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'Institution ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric Humanis auquel l'Institution appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR du participant pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis du participant sur les produits, services ou contenus proposés par l'Institution ou ses partenaires ;
- 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 ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le participant ;
- la proposition au participant de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'Institution ou ses partenaires.

L'Institution s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant pour d'autres finalités que celles précitées.

Le participant reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris 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, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé du participant, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel du participant sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du groupe Malakoff Médéric Humanis dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé du participant sont destinées au Service médical de l'Institution et à toute personne placée sous la responsabilité du Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'Institution s'engage à ce que les données à caractère personnel du participant ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel du participant venaient à être traitées chez un tiers situé **dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne** : l'Institution s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

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

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

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. Le participant dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. Le participant dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. **Il dispose 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.** En cas de prospection commerciale par voie postale : Sauf opposition écrite de la part du participant, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du groupe Malakoff Médéric Humanis, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Le participant dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le 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.

En cas de prospection commerciale par téléphone : Le participant dispose 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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS (toutes options)

La garantie a pour objet le versement d'un capital si vous veniez à décéder ou être en situation d'invalidité absolue définitive. Son montant, fixé en pourcentage du traitement ou salaire de référence, peut être variable selon votre situation de famille.

En cas de décès toutes causes

En cas de décès, les éventuelles majorations pour enfants à charge sont obligatoirement versées aux enfants (ou le cas échéant à leur représentant légal) en considération desquels elles sont attribuées, part parts égales entre eux.

Pour le capital hors majorations pour enfants à charge, 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 » délivré à cet effet par l'Institution ou par un acte sous seing privé ou authentique.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé de vous-même en tant que participant, du bénéficiaire et de l'Institution. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. **Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, vous ne pouvez pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.**

Dans tous les cas, la désignation particulière n'a d'effet que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Institution. Il vous appartient donc de prendre toute disposition à cet effet, en temps utile, afin d'informer l'Institution par écrit de cette désignation particulière.

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

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s) de votre part ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- à votre conjoint, non séparé de corps par jugement définitif, ou à la personne avec laquelle vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité, ou au concubin,
- à défaut, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, à vos parents, par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, à vos héritiers, à proportion de leur part héréditaire.

Les désignations expresses de bénéficiaires que vous avez exprimées auprès de l'Institution jusqu'au 31 Décembre 2018 lui sont opposables dans le cadre du présent contrat d'assurance. Vous n'avez pas à effectuer une nouvelle désignation de bénéficiaires si votre affiliation au titre d'un contrat d'assurance souscrit par un établissement du réseau des CMA est antérieure au 1^{er} Janvier 2019.

En cas d'invalidité absolue définitive (IAD)

Vous pouvez demander à percevoir vous-même et par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes, y compris les majorations pour enfants à charge, si vous êtes reconnu en situation d'invalidité absolue définitive.

Ce versement doit être demandé dans les deux années suivant la notification par la Sécurité sociale. Le médecin conseil de l'Institution a le pouvoir d'apprécier la recevabilité de la demande.

Au sens du contrat d'assurance, l'invalidité absolue définitive (IAD) est caractérisée par l'incapacité définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque procurant gain ou profit, avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), sous les conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu par la Sécurité sociale en invalidité 3^e catégorie ou être atteint d'une infirmité permanente professionnelle consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle au taux de 100 %,
- bénéficiaire de la majoration pour assistance d'une tierce personne de cet organisme.

Lorsque le niveau de prestations varie en fonction de la situation de famille, la situation retenue est celle existant à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive.

Ce versement anticipé met fin à la garantie « Capital décès », aucune somme n'étant due au titre du décès.

Ce versement anticipé met fin à la possibilité de changer d'option.

Origine accidentelle du décès ou de l'invalidité absolue et définitive

Lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est imputable à un accident et survient dans un délai de douze mois suivant cet accident, il est versé un capital supplémentaire.

On entend par accident toute atteinte corporelle indépendante de la volonté du participant 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 le décès ou l'invalidité absolue et définitive, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombe au(x) bénéficiaire(s).

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, le vocable conjoint désigne également la personne liée à l'assuré par un Pacs ou le concubin.

Dans le cas où vous et votre conjoint décéderiez simultanément (au cours d'un même événement), il est versé un capital aux enfants à votre charge (cf. « Comment votre situation de famille est-elle prise en compte ? »), réparti par parts égales entre eux.

Lorsque le décès du conjoint survient postérieurement, le capital est alors versé aux enfants initialement à votre charge qui demeureraient à la charge du conjoint à la date de son décès.

LA GARANTIE ALLOCATION D'OBSÈQUES (toutes options)

La garantie Frais d'obsèques a pour objet d'indemniser la personne ayant supporté les frais d'obsèques, dans la limite des frais réellement engagés, en cas de décès du participant ou du conjoint ou de la personne liée par un Pacs ou du concubin du participant, ainsi qu'en cas de décès d'un enfant à charge.

Le montant de la prestation est calculé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès.

LA GARANTIE RENTE D'ÉDUCATION (options 3 et 4)

Objet de la garantie

La garantie Rente d'éducation a pour objet, en cas de décès toutes causes, le versement d'une rente temporaire au bénéfice de chaque enfant à charge (Cf. « Comment votre situation de famille est-elle prise en compte ?), calculée en pourcentage du traitement ou salaire de référence.

La rente d'éducation est une rente progressive qui évolue selon les paliers suivants :

- Premier palier : jusqu'à la date anniversaire des 11 ans du bénéficiaire ;
- Second palier : du 11^e anniversaire au 18^e anniversaire du bénéficiaire ;
- Dernier palier : du 18^e anniversaire au 26^e anniversaire du bénéficiaire.

La rente éducation devient viagère si :

- L'enfant handicapé du participant ou de son conjoint, avant son 21^e anniversaire, est titulaire de la carte d'invalidé civil (devenue la « carte mobilité inclusion ») et bénéficie de l'allocation des adultes handicapés ;
- Quel que soit son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, l'enfant infirme à charge du participant ou de son conjoint, qui n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.

Modalités de versement

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès du participant.

La rente est payable par trimestre civil, à terme échu, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre.

Lorsque le montant de la rente est progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration prend effet au premier jour du trimestre suivant l'anniversaire de l'enfant.

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

Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'Institution.

Le bénéficiaire ou son représentant, doit justifier annuellement que les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations continuent d'être remplies. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

La rente cesse d'être due à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions pour être bénéficiaire (en tout état de cause à la date de son décès).

LA GARANTIE RENTE DE CONJOINT (options 2 et 4)

Objet de la garantie

La garantie Rente de conjoint a pour objet de garantir, en cas de décès du participant, le versement au conjoint survivant :

- **d'une rente temporaire** versée jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) ou tout autre régime complémentaire légal auquel le conjoint est affilié ;

Et

- **d'une rente viagère.**

Le montant de la prestation servie par l'Institution est calculé en pourcentage du traitement ou salaire de référence.

Pour l'application de cette garantie, le vocable conjoint désigne également le partenaire lié par un Pacs ou le concubin du participant (cf. « Comment votre situation de famille est-elle prise en compte ? »).

Modalités de versement

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois suivant le décès du participant.

Les rentes sont payables par trimestre civil, à terme échu, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre.

Le bénéficiaire doit produire annuellement une déclaration sur l'honneur avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie. À défaut, le versement de la rente est suspendu.

La rente temporaire cesse d'être due à la date à laquelle le conjoint a atteint l'âge lui permettant de bénéficier d'une pension de réversion comme indiqué ci-dessus, ou en cas de décès comme indiqué ci-après.

En cas de décès du bénéficiaire, les rentes viagère et temporaire cessent d'être dues à la fin du trimestre au cours duquel le décès est survenu.

LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ (toutes options)

La garantie incapacité temporaire de travail et invalidité a pour objet de vous indemniser, si vous veniez, par suite de maladie ou d'accident indemnisé par la Sécurité sociale, à devoir interrompre partiellement ou totalement votre activité au sein de l'établissement.

Les prestations sont soumises à une règle de cumul (cf. « Règle de cumul » ci-après).

Incapacité de travail hors affection de longue durée ou accident du travail

Objet de la garantie

Dès lors que vous vous trouvez temporairement dans l'incapacité constatée médicalement d'exercer votre activité professionnelle et bénéficiez du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale **au titre de l'assurance maladie** (Livre III – Titre II du Code de la sécurité sociale), l'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, vous verse des indemnités journalières complémentaires.

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.

Franchise et calcul des prestations

Les prestations sont versées en relais et complément du régime de base de l'Assurance maladie et des obligations de maintien de traitement ou de salaire à charge de l'employeur, et au plus tôt à partir du 91^e jour discontinu d'arrêt de travail. Cette période discontinuée s'apprécie en totalisant les arrêts de travail successifs survenus pendant la période de garantie, au cours des 12 mois précédant la date du premier arrêt.

Les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière correspondant au traitement ou salaire de référence annuel divisé par 365, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la présente garantie, tous les mois sont réputés être de 30 jours.

Modalités de versement et durée des prestations

L'Adhérent (à défaut vous-même) doit nous déclarer tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux indemnités journalières prévues par le contrat, dès qu'il en a connaissance – sauf cas de force majeure – et au plus tard **dans les deux mois suivant la fin du délai de franchise** fixé ci-dessus. Passé ce délai, la date de prise en charge éventuelle des indemnités journalières sera celle de la date de réception de la demande de prestations par nos services.

Les prestations sont réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale, à votre employeur tant que votre relation de travail n'a pas cessé, à charge pour lui de vous les reverser après calcul et précompte des charges sociales. En cas de cessation de la relation de travail, les prestations vous sont versées directement.

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

- cessation du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ;
- vous ne justifiez plus d'une incapacité temporaire de travail, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, les prestations sont versées tant que perdurent les prestations de la Sécurité sociale) et, en tout état de cause, au plus tard à la date à laquelle vous atteignez l'âge légal de la retraite à taux plein ;
- mise en invalidité ;
- décès.

Incapacité de travail pour affection de longue durée ou accident du travail

Objet de la garantie

Affection de longue durée :

Dès lors que vous vous trouvez dans l'incapacité d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'une affection longue durée (ALD), constatée médicalement et que vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation des affections de longue durée (article L.324-1 du Code de la sécurité sociale) l'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, verse des indemnités journalières complémentaires.

Les dispositions du contrat relatives aux prestations prévues en cas de classement en invalidité sont exposées à la rubrique suivante « Invalidité ».

Accident du travail :

Dès lors que vous vous trouvez dans l'incapacité temporaire d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'un accident du travail, constatée médicalement et que vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation des accidents du travail (Livre IV du Code de la sécurité sociale), l'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, verse des indemnités journalières complémentaires.

Les dispositions du présent article sont également applicables si vous vous trouvez dans l'incapacité temporaire d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'une maladie professionnelle, constatée médicalement, et que vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation des maladies professionnelles (Livre IV du Code de la sécurité sociale). L'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, vous verse des indemnités journalières complémentaires dans les mêmes conditions que celles prévues en cas d'accident du travail.

Les dispositions relatives aux prestations prévues en cas de classement en invalidité sont exposées ci-après.

Franchise et calcul des prestations

Les prestations sont versées en relais et complément du régime de base de l'Assurance maladie et des obligations de maintien de traitement ou de salaire à la charge de l'employeur, et au plus tôt à partir du 91^e jour discontinu d'arrêt de travail. Cette période discontinue s'apprécie en totalisant les arrêts de travail successifs survenus pendant la période de garantie, au cours des 12 mois précédant la date du premier arrêt.

Concernant l'incapacité temporaire pour affection de longue durée, les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière correspondant au traitement ou salaire de référence annuel divisé par 365 (assiette nette), sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

Concernant l'incapacité temporaire pour accident du travail, les indemnités journalières sont déterminées sur une base journalière correspondant au traitement ou salaire de référence annuel (assiette nette) divisé par 365, sous déduction des prestations nettes de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la présente garantie, tous les mois sont réputés être de 30 jours.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant être versées en tenant compte de la règle de cumul (cf. « Règle de cumul » ci-après) une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité à temps partiel.

Modalités de versement et durée des prestations

L'Adhérent (à défaut vous-même) doit déclarer à l'Institution tout arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues par le contrat, dès qu'il en a connaissance (sauf cas de force majeure) et au plus tard **dans les deux mois suivant la fin du délai de franchise** fixé ci-dessus. Au-delà de cette limite, la date de prise en charge éventuelle sera celle de la date de réception de la demande de prestations par l'Institution.

Les indemnités journalières sont réglées au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale, à votre employeur tant que votre relation de travail n'a pas cessé, à charge pour lui de vous les reverser, après calcul et précompte des charges sociales.

En cas de cessation de votre relation de travail, les indemnités journalières vous sont versées directement.

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

- cessation du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ;
- vous ne justifiez plus d'une incapacité de travail, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, les prestations sont versées tant que perdurent les prestations de la Sécurité sociale) et, en tout état de cause, au plus tard à la date à laquelle vous atteignez l'âge légal de la retraite à taux plein ;
- mise en invalidité ;
- décès.

Invalidité

Objet de la garantie

Il vous sera attribué une rente d'invalidité, sous réserve d'un éventuel contrôle médical :

- si vous subissez de manière durable une réduction des deux tiers de votre capacité de travail ou de gain conformément aux dispositions des articles L.341-1 et R.341-2 du Code de la sécurité sociale,
- et si vous percevez en outre de la Sécurité sociale une pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie (article L.341-4 du Code de la sécurité sociale).

Accident du travail (Incapacité Permanente Professionnelle) :

Dès lors que vous vous trouvez dans l'incapacité permanente d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'un accident du travail, constatée médicalement et que vous percevez une rente d'incapacité de la Sécurité

sociale au titre de la législation des accidents du travail (Livre IV du Code de la sécurité sociale), l'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, vous verse une rente complémentaire.

Les dispositions du présent article sont également applicables si vous vous trouvez dans l'incapacité permanente d'exercer votre activité professionnelle à la suite d'une maladie professionnelle, constatée médicalement, et que vous percevez une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre de la législation des maladies professionnelles (Livre IV du Code de la sécurité sociale). L'Institution, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, vous verse une rente complémentaire dans les mêmes conditions que celles prévues en cas d'accident du travail (incapacité permanente professionnelle).

Calcul des prestations

La rente est calculée en pourcentage du traitement ou salaire de référence annuel, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

Concernant l'incapacité permanente pour accident du travail, la rente est calculée en pourcentage du traitement ou salaire de référence (assiette nette) annuel, sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, le calcul des prestations pouvant être versées en tenant compte de la règle de cumul, est effectué une fois pour toutes au moment de la reprise d'activité.

Modalités de versement et durée des prestations

Les pensions sont payables trimestriellement à terme échu, directement au bénéficiaire, le premier et le dernier paiement pouvant le cas échéant comporter un prorata de rente.

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

- cessation du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente ;
- vous ne justifiez plus d'un état d'invalidité au sens du présent article, notamment en cas de contrôle médical ;
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, les prestations sont versées tant que perdurent les prestations de la Sécurité sociale) et, en tout état de cause, au plus tard à la date à laquelle vous atteignez l'âge légal de la retraite à taux plein ;
- décès.

Dispositions communes à l'incapacité de travail et l'invalidité

Règle de cumul

En aucun cas, les prestations versées en application du contrat ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou à toute prestation de l'assurance chômage, permettre que vous disposiez de ressources supérieures à la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez continué votre activité au même poste de travail. Si tel était le cas, les prestations versées en application du contrat seraient réduites à due concurrence.

Ne sont pas prises en compte dans l'application de la présente règle de cumul les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance Dépendance collectif ou individuel, ou au titre de l'allocation tierce personne versée par la Sécurité sociale.

Modification du montant des prestations de la Sécurité sociale

Lorsque la Sécurité sociale, notamment du fait d'une mesure de sanction :

- réduit ses prestations, le versement complémentaire ne compense pas cette minoration,
- suspend ou supprime ses prestations, le versement complémentaire est suspendu.

Recours subrogatoire contre le tiers responsable

Conformément à l'article 29-5 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, l'Institution est, pour le paiement des indemnités journalières, rentes d'incapacité et pensions d'invalidité, subrogée dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit, contre les tiers responsables de l'accident ayant provoqué l'arrêt de travail ou l'invalidité.

Le participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'Institution doit fournir à cette dernière, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

ANNEXES

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES PRESTATIONS SELON LES OPTIONS

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
CAPITAL DÉCÈS				
En pourcentage du traitement de référence annuel TA + TB + TC⁽¹⁾				
Décès toutes causes – Invalidité Absolue Définitive (IAD)				
- Célibataire, veuf, divorcé, séparé	250 % si décès 450 % si IAD	250 %	250 %	275 %
- Marié, lié par un Pacs ou en concubinage	450 %		450 %	
- Quelle que soit la situation de famille, avec au moins un enfant à charge	450 %	-	-	-
- Majoration par enfant à charge, dès le 1 ^{er} enfant (2)	80 %	80 %	-	-
INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE (IAD)	le capital ci-dessus est versé par anticipation			
Décès ou IAD d'origine accidentelle				
- Le capital décès toutes causes – IAD est majoré de :	100 % du traitement de référence			
Décès simultané ou postérieur du conjoint				
- En présence d'enfants restant à charge ⁽²⁾	50 % du capital décès toutes causes réparti entre les enfants			
FRAIS D'OBSÈQUES				
En pourcentage du PMSS⁽³⁾				
- Décès du participant, du conjoint (ou partenaire de Pacs ou concubin) ou d'un enfant à charge	100 % PMSS dans la limite des frais engagés			
RENTE DE CONJOINT				
En pourcentage du traitement de référence annuel TA + TB + TC⁽¹⁾				
- Rente temporaire	-	2,5 %	-	2,5 %
- Rente viagère	-	5 %	-	5 %
RENTE D'ÉDUCATION				
En pourcentage du traitement de référence annuel TA + TB + TC⁽¹⁾				
- Par enfant à charge jusqu'au 11 ^e anniversaire	-	-	5 %	5 %
- Par enfant à charge du 11 ^e au 18 ^e anniversaire	-	-	7 %	7 %
- Par enfant à charge de 18 ^e au 26 ^e anniversaire sous conditions (viagère si enfant invalide ou handicapé)	-	-	9 %	9 %
INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ				
En pourcentage du traitement de référence annuel TA + TB + TC⁽¹⁾ sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net				
Incapacité de travail	En relais et complément du régime de base de l'Assurance maladie et des obligations statutaires de maintien de traitement, et au plus tôt au 91 ^e jour d'arrêt de travail discontinu ⁽⁴⁾			
- Incapacité Temporaire Totale de Travail (hors affection de longue durée ou accident du travail)	80 % du traitement de référence brut sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			
- Incapacité Temporaire Totale de Travail pour affection de longue durée	100 % du traitement de référence net sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			
- Incapacité Temporaire Professionnelle pour accident du travail	100 % du traitement de référence net sous déduction des prestations nettes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			
Invalidité				
- Invalidité 1 ^{re} catégorie	51 % du traitement de référence brut sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			
- Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	80 % du traitement de référence brut sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			
- Incapacité Permanente Professionnelle pour accident du travail	100 % du traitement de référence net sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale et du traitement maintenu par l'employeur, dans la limite du traitement net			

(1) Traitement (salaire) de référence défini en page 9 et tranches de salaire brut TA, TB et TC définies en page 12.

(2) Les montants destinés aux enfants à charge sont répartis par parts égales entre lesdits enfants.

(3) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au jour du décès.

(4) Le décompte de la franchise de 90 jours discontinus est apprécié en cumulant les arrêts de travail survenus au cours des 12 mois précédant l'arrêt.

QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

Le versement des prestations est subordonné à la réception par l'institution de toutes pièces justificatives nécessaires à l'appréciation des conditions de mise en œuvre de la garantie, à la détermination du montant des prestations et du (des) bénéficiaire(s).

Le formulaire de demande de prestations comportant la liste des pièces à fournir en fonction de la situation, est mis à disposition par l'Institution sur demande.

Lors de l'instruction du dossier, l'institution peut être amenée à compléter la liste des pièces justificatives.

À l'appui de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise que vous étiez bien garanti à la date de l'événement ouvrant droit à prestation, ainsi que les éléments de salaire permettant de déterminer la base de calcul, seront notamment et selon le cas demandées les pièces justificatives suivantes :

Garanties en cas de décès

- copie intégrale de l'acte de décès du participant, ou notification de la Sécurité sociale relative à l'invalidité absolue définitive (invalidité de 3^e catégorie ou taux d'incapacité permanente de 100 % et versement de l'allocation pour tierce personne),
- copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré délivrée depuis moins de 3 mois,
- certificat médical attestant que le décès de l'assuré est dû à une cause naturelle ou non,
- pièces justifiant de la qualité de bénéficiaire (copie intégrale de l'acte de naissance délivrée depuis moins de 3 mois, acte notarié, certificat d'hérédité...), ainsi que la copie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport ;
- pièces justificatives relatives aux enfants à charge (avis d'imposition, certificat de scolarité, copie du jugement nommant le représentant légal de l'enfant...),
- en cas de mariage, photocopie du livret de famille et attestation sur l'honneur de non séparation ou de divorce signée par le conjoint survivant,
- en cas de Pacs, copie de la convention certifiée par le bénéficiaire non dissoute ou non rompue,
- en cas de concubinage, au moins deux justificatifs (bail commun, quittance EDF, facture téléphonique, attestation d'assurance...),
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire permettant le versement des prestations.

Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité

- les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- la notification de la sécurité sociale relative à l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail/maladie professionnelle,
- en cas de reprise d'activité à temps partiel, attestation mensuelle de l'employeur mentionnant le montant de la rémunération versée.

LES COORDONNÉES UTILES

Par courrier

Le versement des prestations, pour l'ensemble des Chambres de métiers et de l'artisanat, est géré par un centre de gestion unique.

Lors de la mise en service de la présente notice, les coordonnées du centre de gestion des prestations sont les suivantes :

Malakoff Médéric Humanis
Prestations prévoyance collective
78288 Guyancourt Cedex

Par téléphone



Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 heures sans interruption (hors jours fériés)

Des services accessibles via Internet

Malakoff Médéric Prévoyance met en œuvre des services, accessibles notamment sur **votre espace sécurisé Internet TOUTM**

malakoffmederic-humanis.com

Ces services ont pour but de vous apporter des informations sur vos garanties de prévoyance et vous aider dans vos démarches en cas de demande de prestations.

Plus généralement, vous trouverez également présentées sur le site des informations concernant les domaines de la retraite, la prévoyance et la santé.

LES FORMULAIRES

- Bulletin individuel d'affiliation / changement d'option
- Désignation particulière de bénéficiaire



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE