



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

Notice d'information prévoyance n°13393

Edition janvier 2020

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au contrat de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Malakoff Humanis Prévoyance en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le

Signature

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
▶ Prise en charge des risques en cours	4
▶ Affiliation des membres du personnel	4
GARANTIES	5
GARANTIES DECES	5
▶ Capital décès toutes causes	5
▶ Invalidité Absolue et Définitive	5
▶ Décès accidentel	5
▶ Double effet.....	5
▶ Définition des bénéficiaires du capital décès	5
▶ Rente éducation - Rente de conjoint (assurées par l'OCIRP)	6
▶ Rente handicap (assurée par l'OCIRP)	6
▶ Allocation obsèques.....	7
▶ Maintien des garanties Décès - Invalidité Absolue et définitive	7
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	7
▶ Incapacité temporaire de travail – Maintien de salaire	7
▶ Invalidité – Incapacité permanente professionnelle	8
▶ Cas particulier	9
DISPOSITIONS GENERALES	10
▶ Entrée en vigueur des garanties – Suspension et conditions de maintien	10
▶ Cessation de l'affiliation	11
▶ Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.....	11
▶ Cotisations.....	12
▶ Salaire de référence	12
▶ Revalorisation des prestations.....	13
▶ Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat	13
▶ Définition du conjoint	14
▶ Définition des enfants à charge.....	14
▶ Exclusions.....	14
▶ Prescription	14
▶ Déclaration	15
▶ Clause de subrogation	15
▶ Réclamations – Médiation	15
▶ Contrôle	16
▶ Protection des données à caractère personnel	16
VERSEMENT DES PRESTATIONS	18
▶ Déclaration des sinistres	18
▶ Obligations du Participant	19
▶ Article Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle	19
▶ Contrôle médical	20
▶ Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès	21
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	22
L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES	23
ANNEXE – GARANTIES	

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Hôtellerie de plein air (dénommée ci-après « la convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 9 mars 2004, instaurant les garanties du contrat de prévoyance obligatoire au profit des salariés de la branche.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale de l'Hôtellerie de plein air, adhère au contrat d'assurance collective du régime de prévoyance mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Lafitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Malakoff Humanis Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation, la garantie rente handicap et la garantie rente conjoint assurées par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance – Union d'Institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, en application de la Convention collective.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur ou directement à votre centre de gestion.

► Prise en charge des risques en cours

L'Institution peut garantir au jour de la date d'effet du contrat :

- ✧ la revalorisation des prestations en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle que le contrat de travail soit rompu ou non, ainsi que les rentes éducation, rentes de conjoint et rente handicap en cours de service) et de la revalorisation de la base des garanties décès,
- ✧ l'indemnisation intégrale (Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité, Décès), en l'absence d'assureur antérieur, pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date de l'affiliation de l'Adhérent ;
- ✧ l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un salarié dont le contrat de travail n'est pas rompu, par un organisme assureur précédent.

► Affiliation des membres du personnel

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

On entend par ensemble du personnel :

- ✧ les salariés non cadres ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de 1947 ;
- ✧ les salariés cadres relevant des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de 1947.

Pour la présente notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'Adhérent ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil.

Les garanties s'appliquent aux salariés permanents (tous contrats) et les salariés saisonniers dès lors qu'ils répondent aux conditions d'ancienneté suivantes :

- ✧ **Garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive : sans condition d'ancienneté**
- ✧ **Garantie incapacité, y compris au titre du maintien de salaire et rentes invalidité : après douze mois d'ancienneté dans l'entreprise, sans condition d'ancienneté pour les suites ou les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.**

GARANTIES

GARANTIES DECES

► Capital décès toutes causes

En cas de décès du participant, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est précisé en en annexe de la présente notice d'information.

► Invalidité Absolue et Définitive

Le capital prévu en cas de décès toutes causes est versé par anticipation au participant qui se trouve en état d'invalidité absolue et définitive, à condition qu'il en fasse la demande, indépendamment de la rente d'invalidité ou d'incapacité qui lui sera servie.

Le versement du capital en cas d'IAD met fin à la garantie « capital décès » du participant.

Le participant est considéré en état d'invalidité absolue et définitive s'il est classé avant la date d'effet de sa retraite :

- ❖ soit en invalidité 3^{ème} catégorie au titre de l'Article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie,
- ❖ soit en situation d'incapacité permanente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale au taux de 100 % et avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

A la demande du participant, le capital pourra être versé en deux fois, le deuxième versement intervenant à la date anniversaire du premier.

► Décès accidentel

Il se définit d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

En cas de décès du participant par suite d'un accident, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un second capital, dont le montant est fixé en annexe de la présente notice d'information.

► Double effet

En cas de décès du conjoint survivant, du concubin ou du partenaire lié par un PACS, tel que défini dans la présente notice d'information, postérieurement ou simultanément au décès du participant, l'Institution verse, par parts égales aux enfants à charge du conjoint survivant ou assimilé, au sens fiscal, un capital dont le montant est précisé en annexe de la présente notice d'information.

► Définition des bénéficiaires du capital décès

Les bénéficiaires des capitaux dus, lors du décès du Participant, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du Participant auprès de l'Institution. Le participant fait connaître son choix en complétant le document de l'Institution intitulé " désignation de bénéficiaire " et en le retournant à l'Institution.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le participant peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Institution en cas de décès du participant.

Il peut modifier cette désignation à tout moment pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'Institution, le ou les nouveaux bénéficiaires.

La désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Sauf stipulation contraire, écrite, valable le jour du décès, le capital décès est versé :

- ❖ A son conjoint marié, concubin de fait ou partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS),
- ❖ à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- ❖ à défaut, à ses parents par parts égales ;
- ❖ à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- ❖ à défaut, à ses ayants droit suivant la dévolution successorale.

Toutefois, lorsqu'il y a attribution de majorations familiales, chacune d'entre elles est versée à la personne au titre de laquelle elle a été accordée (si enfant mineur : à son représentant légal).

► Rente éducation - Rente de conjoint (assurées par l'OCIRP)

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

En cas de décès d'un participant, il sera versé à chacun des enfants à charge à la date du décès, en complément du capital décès, une rente temporaire éducation dont le montant est fixé en annexe de la présente notice d'information. Lorsque l'enfant est mineur, le versement est effectué à son représentant légal.

En l'absence d'enfant à charge au moment du décès tel que défini dans la présente notice d'information, une Rente temporaire de conjoint d'un montant fixé en annexe de la présente notice d'information. est versée au conjoint, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite.

Les rentes sont payables trimestriellement et par avance, au début de chaque trimestre civil. La prestation prend effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la date du décès.

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

Le service de la rente cesse au premier jour du trimestre au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions prévues dans la présente notice d'information ou au cours duquel le conjoint atteint l'âge légal de départ à la retraite.

► Rente handicap (assurée par l'OCIRP)

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

En cas de décès du participant, l'Institution verse une rente handicap à chacun des enfants handicapés du participant, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs.

Bénéficiaires

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies (2°) du Code général des impôts.

Reconnaissance de l'Etat de Handicap

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est/sont atteint(s) le/les bénéficiaire(s) potentiels.

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier notamment :

- ✧ Un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la MDPH ou la CDAPH (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées);
- ✧ La preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et citoyenneté des personnes handicapées ;
- ✧ Un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Service des rentes

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente peut être versée sous forme de capital. Le montant de ce capital est égal à 80% du montant du capital constitutif de la rente.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du participant. Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations, sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives demandées.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

► Allocation obsèques

En cas de décès du participant, de son conjoint et assimilé ou d'un enfant à charge tels que définis dans la présente notice d'information, l'Institution verse une allocation obsèques dont le montant est fixé en annexe de la présente notice d'information.

L'allocation est versée à la personne qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

Cette couverture est supprimée pour les enfants mineurs âgés de moins de douze ans. Par ailleurs, aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès éventuellement prévues par le contrat, si le défunt assuré est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

► Maintien des garanties Décès - Invalidité Absolue et définitive

Les garanties prévues en cas de décès sont maintenues tant que se poursuit l'incapacité de travail ou le classement en invalidité, sans cotisation, à tout participant en arrêt de travail, percevant à ce titre des prestations de l'Institution, à compter du 1^{er} jour d'indemnisation et sous réserve que la date de survenance de cet arrêt soit intervenue en période de couverture.

L'assiette de calcul de la prestation sera égale à l'assiette calculée au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, revalorisée sur la base de l'indice de revalorisation prévue dans la présente notice d'information.

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

► Incapacité temporaire de travail – Maintien de salaire

En cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'Institution verse des indemnités journalières complémentaires à celles de la Sécurité sociale dont le montant est fixé en annexe de la présente notice d'information.

Cette prestation est versée à l'adhérent si le participant fait encore partie de l'effectif.

Dans le cas contraire, lorsque le versement des indemnités journalières est effectué directement auprès du Participant, l'Institution verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'Institution a 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 l'Adhérent (contrat de travail du Participant en vigueur).

En cas de réduction de la prestation de la Sécurité Sociale dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail, l'Institution ne compensera pas la baisse des prestations.

Maintien de salaire

Le participant bénéficie d'indemnités journalières pendant les durées d'indemnisation prévues par l'Accord National Interprofessionnel de mensualisation du 10 décembre 1977, avec une indemnisation minimum de 60 jours.

L'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire est fixée à 12 mois dans l'entreprise. Toutefois en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles aucune ancienneté n'est requise.

Le délai de carence est de 6 jours d'arrêt de travail continu pour maladie ou accident de la vie privée.

Aucun délai de carence n'est prévu pour maladie ou accident de la vie professionnelle ou accident de trajet.

Tableau récapitulatif des durées d'indemnisation

ANCIENNETÉ DANS L'ENTREPRISE	DURÉE TOTALE D'INDEMNISATION
Moins de 6 ans	60 jours
6 à 10 ans révolus	80 jours
11 à 15 ans révolus	100 jours
16 à 20 ans révolus	120 jours
21 à 25 ans révolus	140 jours
26 à 30 ans révolus	160 jours
31 ans et +	180 jours

La durée totale d'indemnisation mentionnée dans le tableau, tient compte des indemnités déjà versées au titre du contrat durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré.

Incapacité Temporaire Totale (en relais du maintien de salaire)

A la suite de la garantie « Maintien de salaire », le participant bénéficie d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale.

L'ancienneté requise est fixée à 12 mois dans l'entreprise. Toutefois en d'accidents du travail et de maladies professionnelles aucune ancienneté n'est requise.

Cessation du paiement des prestations incapacité de travail et maintien de salaire

Le versement des prestations cesse :

- ✦ pour la garantie Maintien de salaire, à la fin de la durée d'indemnisation mentionnée ci-dessus,
- ✦ dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité Sociale,
- ✦ à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale,
- ✦ à la date d'attribution d'une rente d'invalidité de la Sécurité Sociale,
- ✦ pour la garantie incapacité temporaire de travail (en relais du maintien de salaire) au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

► Invalidité – Incapacité permanente professionnelle

Définitions

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout Participant ayant 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise et sans condition d'ancienneté s'il s'agit de suites ou de conséquences d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ; 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'Institution, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

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

Il est précisé que le médecin conseil de l'Institution n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre le participant à un contrôle médical dans les conditions prévues dans la notice d'information. En cas de contestation, le participant 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 en complément de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale dont le montant est fixé en annexe de la présente notice d'information.

Versements et durée des prestations invalidité et incapacité permanente

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées directement au bénéficiaire.

L'Institution verse ladite rente après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont elle a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement

Les prestations cessent :

- ✦ à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale,
- ✦ à la date à laquelle le bénéficiaire cesse de percevoir une rente d'invalidité de la Sécurité sociale,
- ✦ à la date à laquelle le taux d'incapacité accident du travail ou maladie professionnelle devient inférieur à 33%,
- ✦ à la date de liquidation de la pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude au travail, sous réserve de modification des dispositions légales concernant les pensions de retraite des invalides.

► Cas particulier

Dans le cas des participants ne remplissant pas les conditions d'ouvertures aux prestations de la Sécurité sociale, les indemnités et rentes définies ci-dessus seront calculées en complément d'une prestation Sécurité sociale reconstituée de manière théorique.

► Règle de cumul des prestations arrêté de travail

Le total des prestations versées par le régime général de la Sécurité sociale, l'Institution ou tout autre organisme assureur ainsi que, notamment, les revenus du travail, les traitements, les prestations du régime d'Assurance Chômage, ne peuvent conduire le Participant à percevoir plus de 100 % du salaire net servant de base au calcul des prestations.

En cas de versement direct de la prestation au Participant, lorsque le montant net des éléments est pris en compte pour l'application de la règle de cumul, il s'entend du montant net avant toute éventuelle imposition à la source. Il en est de même pour le salaire net éventuellement applicable.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'Institution, avant application des prélèvements sociaux à la charge du Participant, est réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au Participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité Sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

Les Participants doivent fournir à l'Institution toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le Participant refuse de fournir les informations, l'Institution peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

DISPOSITIONS GENERALES

► Entrée en vigueur des garanties – Suspension et conditions de maintien

Prise d'effet des garanties

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

En outre, les garanties s'appliquent aux salariés permanents (tous contrats) et aux salariés saisonniers dès lors qu'ils répondent aux conditions d'ancienneté suivantes :

- ✦ Les garanties Décès – Invalidité Absolue et Définitive : sans condition d'ancienneté,
- ✦ Les garanties Incapacité – Invalidité : après douze mois d'ancienneté dans l'entreprise, et sans condition d'ancienneté pour les suites ou les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice des garanties est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu notamment suite à une maladie, une maternité ou un accident, moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- ✦ soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- ✦ soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues en annexe de la présente notice d'information excepté pour le Participant en incapacité de travail ou en invalidité exonéré de ce paiement dans les conditions prévues dans la présente notice d'information.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les participants qui sont dans les cas suivants :

- ✦ congé de formation,
- ✦ congé parental d'éducation,
- ✦ congé sabbatique,
- ✦ congé pour création d'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Cependant, les garanties Décès décrites dans la présente notice d'information peuvent être maintenues pendant la suspension de leur contrat de travail à la demande du participant concerné moyennant le paiement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations prévues en annexe de la présente notice d'information.

1) L'Adhérent est tenu :

- ✦ d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail,
- ✦ d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties ainsi que de communiquer à l'Institution, tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

2) Le Participant est tenu :

- ✦ de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
- ✦ de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Assiette des cotisations

A l'exception des Participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, le salaire de référence s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire de référence pris en compte le cas échéant pour le calcul des prestations et des cotisations est celui figurant au contrat de travail.

Le Participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

► Cessation de l'affiliation

Sous réserve de l'application du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- ❖ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'Adhérent,
- ❖ soit à la date de sortie des effectifs,
- ❖ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties sous réserve du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

La cessation des garanties est sans effet sur le maintien des garanties Décès prévu dans la présente notice d'information.

► Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

Conditions au maintien de l'affiliation :

Sous réserve pour le participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le participant sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation :

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

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

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

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

Obligations déclaratives :

Le participant s'engage à fournir à l'Institution :

- ❖ à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- ❖ mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties :

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

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

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

La désignation de Bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le participant durant sa période d'activité demeure valide.

Pour la garantie Incapacité temporaire de travail, le participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'Institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

La garantie Incapacité temporaire de travail étant définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'adhérent, une franchise de 90 jours continus s'applique pour le participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L'Adhérent s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement :

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

► Cotisations

Les cotisations sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisations.

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

Pour les Participants en arrêt de travail, les indemnités journalières sont exclues de ladite assiette lorsque l'Adhérent est subrogé dans les droits du Participant vis-à-vis de son régime de Sécurité sociale.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

► Salaire de référence

En cas de décès – Invalidité Absolue et définitive

Concernant les participants en activité :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Décès et Invalidité Absolue et Définitive est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé le décès ou l'événement ayant donné lieu à l'invalidité absolue et définitive.

Concernant les participants en arrêt de travail :

Le salaire de référence servant au calcul des prestations Décès est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'arrêt de travail.

Concernant les saisonniers en dehors des périodes d'activité :

Dans le cas des saisonniers non-inscrits aux effectifs d'une entreprise de la Branche au moment du décès et bénéficiant du contrat, le salaire de référence servant au calcul des prestations Décès correspond à la moitié des salaires bruts soumis à cotisations sociales dans une ou plusieurs entreprises de la Branche, au cours de 24 mois civils ayant précédé le décès.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

Dans tous les cas, le salaire de référence est limité aux tranches A et B

- ✧ Par tranche A, il faut entendre la rémunération inscrite dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale fixé annuellement.
- ✧ Par tranche B, il faut entendre la rémunération comprise entre le montant du plafond et quatre fois ce montant.

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire ci-avant.

Pour la rente temporaire d'éducation ou le cas échéant, la rente temporaire de conjoint des cadres, le salaire de référence est limité à la tranche A uniquement.

Pour la rente éducation ou le cas échéant, la rente temporaire de conjoint des non cadres, le salaire de référence est au minimum de 7623 euros

En cas d'Incapacité Temporaire de Travail – Maintien de salaire

Le salaire de référence, **limité aux tranches A et B**, servant au calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail correspond à 1/12^{ème} du salaire annuel net fiscal des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, diminué des contributions sociales non déductibles.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'arrêt de travail, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

En cas d'Incapacité Permanente – d'Invalidité

Le salaire de référence, **limité aux tranches A et B**, servant au calcul des prestations servies en cas d'Incapacité Permanente de Travail et d'Invalidité, est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'évènement couvert, le salaire annuel brut est reconstitué à partir de la rémunération mentionnée au contrat de travail.

► Revalorisation des prestations

Sont concernées par la revalorisation les Rentes Education, Rentes de Conjoint et Rentes Handicap, les indemnités journalières, les rentes invalidité et les rentes servies en cas d'incapacité permanente de travail.

La prestation de base de la Rente handicap peut être revalorisée sur décision du Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1er janvier de chaque année selon l'évolution de la valeur du point salaire de la branche de l'Hôtellerie de Plein Air exceptées les Rentes éducation, de conjoint et handicap pour lesquelles la revalorisation de la prestation pourra être appliquée sur décision du Conseil d'Administration de l'OCIRP.

En cas de dénonciation de l'Accord, l'Institution maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation à leur niveau atteint à cette date.

En cas de changement d'organisme assureur, l'Adhérent devra organiser les modalités de poursuite des revalorisations futures avec le nouvel organisme assureur en application de l'article L912-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations assurées par l'OCIRP sera poursuivie par l'OCIRP.

► Effet de la résiliation ou du non- renouvellement du contrat

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

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

Les Prestations dues ou payées sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement. La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin à la revalorisation des prestations en cours de service.

L'article L. 912-3 du code de la Sécurité sociale, prévoit que la poursuite de la revalorisation des prestations en cours dans le cas d'un changement d'organisme assureur est de la responsabilité exclusive de l'Adhérent qui doit donc la négocier auprès de son nouvel assureur.

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

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin), les garanties décès, sont maintenues aux participants se trouvant, à la date de ladite résiliation ou de non-renouvellement, en incapacité temporaire de travail ou en invalidité. Ce maintien cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes selon les dispositions prévues dans la présente notice d'information.

Les prestations seront calculées en fonction de la situation de famille à la date du sinistre et la revalorisation du salaire de référence défini dans la présente notice d'information, cessera de produire ses effets à la date de la résiliation ou de non-renouvellement.

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

► Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- ❖ le conjoint légalement marié au participant, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- ❖ le concubin du participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même ;
- ❖ le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an, dans les deux cas précités, est supprimée, lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition d'enfants à charge, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

► Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du participant les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le participant ou son conjoint en ait la garde ou s'il s'agit d'enfant du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants ainsi définis doivent :

- ❖ être âgés de moins de 18 ans ;
- ❖ être âgés de 18 ans et de moins de 21 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au Revenu de Solidarité Active mensuel, (revenu minimum légal en vigueur)
- ❖ être âgés de 21 ans et de moins de 26 ans s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au Revenu de Solidarité Active mensuel, (revenu minimum légal en vigueur) et :
 - * s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et de pouvoir en justifier annuellement par un certificat de scolarité ;
 - * ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ;
 - * ou sont sous contrat d'apprentissage ;
- ❖ Les enfants sont considérés comme à charge quel que soit leur âge, si les enfants sont titulaires de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, et que leur état d'invalidité est survenu avant leur 18ème anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

► Exclusions

Pour l'ensemble des garanties, l'Institution ne garantit pas :

- Les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères,
- Les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- Les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.

Outre les exclusions énoncées ci-dessus, il est également exclu des garanties Décès :

- Le décès du participant provoqué volontairement par le bénéficiaire de la garantie décès dès lors que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre ;
- Pour la garantie décès accidentel, tout accident survenu lors de compétition sportive ou lors de la pratique d'activités sportives à risques (voltiges, parachutisme, parapente, vol à voile, ailes volantes, Ultra Légers Motorisés, spéléologie, alpinisme, saut à l'élastique, sports de combat, plongée sous-marine).

► Prescription

Conformément à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans pour les garanties nées du décès du participant.

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 adressé par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation**
- ❖ **et de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée par le Participant ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.**

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

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

► Déclaration

Les déclarations faites, tant par l'Adhérent ou par son conseil que par le Participant, servent de base à la garantie. L'Institution se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

► Clause de subrogation

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, les prestations correspondant aux garanties Prévoyance définies dans la présente notice d'information à caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours. En conséquence, la victime ou ses ayants droit subroge(nt) l'Institution, dans leur (ses) droit(s) ou action(s) contre le(s) tiers responsable(s) dans la limite des prestations versées.

L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

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

► Réclamations – Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent contrat, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tél : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérés – 75008 PARIS

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Contrôle

L'Institution et l'OCIRP sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 9.

► 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 »), le participant et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- ✦ la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- ✦ la gestion des avis du participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- ✦ l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- ✦ l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le participant et les bénéficiaires;

- ✦ l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du participant et des bénéficiaires ;
- ✦ l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- ✦ la proposition du participant et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- ✦ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires.

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

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERSEMENT DES PRESTATIONS

► Déclaration des sinistres

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

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (Travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (Accident, ...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par l'Adhérent (Majorations pour enfant à charge, ...).

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	IAD	Double effet	Rente éducation / Rente handicap	Rente de conjoint	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X	X	X	X	X	X	Adhérent
Attestation de l'Adhérent indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Participants ayant des employeurs multiples)							X	X	Adhérent
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X	X	X		X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X	X	X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident							X	X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X	X	X	X			Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X	X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	X		X	X	X				Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Participant ou, en cas de décès, précisant que le Participant n'était pas en arrêt de travail	X	X		X	X		X	X	Adhérent
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X					X	X	Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat	X		X						Notaire /

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	IAD	Double effet	Rente éducation / Rente handicap	Rente de conjoint	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire	Invalidité	Organisme délivrant les pièces
d'hérédité									Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X	X	X			TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X						X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %		X							Sécurité sociale
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X	X	X	X	X	X	Bénéficiaires
Copie intégrale du livret de famille du Participant	X	X	X	X	X	X			Mairie
RIB ou RIP au nom du destinataire de la rente ou des indemnités				X	X		X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	X		X		X	X			Tribunal d'Instance
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance, ...)	X		X		X	X			Organisme compétent
Imprimé de demande de prestations fourni par l'Institution dûment complété par l'Adhérent							X	X	Adhérent

► Obligations du Participant

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

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

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le Participant perçoit un salaire de l'Adhérent et d'autres employeurs, le Participant doit communiquer à l'Institution le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de ses autres employeurs.

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

► Article Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés dans le tableau ci-dessus doivent être produites à l'Institution dans les conditions suivantes :

Cas général

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

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées dans la notice d'information est subordonné à la réception, par l'Institution, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'Institution effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

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

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'Institution dans les **30 jours, et à période de franchise atteinte** sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant à prestation.

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

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

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

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

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

► Contrôle médical

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

À toute époque, les médecins missionnés par l'Institution doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès du participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Institution.

Si le participant refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du participant.

Lors du contrôle médical, le participant a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

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

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

En cas de contestation, le participant notifie par lettre recommandée dans un délai de 10 jours à compter de la réception du courrier de l'Institution (cachet de la poste faisant foi) :

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

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile du participant. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

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

► **Dispositions particulières
concernant le versement des
prestations décès**

En cas de décès du Participant, le versement par l'Institution du capital forfaitaire ou de l'allocation forfaitaire est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies au contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation non versé par l'Institution, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Participant, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

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

La revalorisation post-mortem ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées, l'Institution verse la prestation en cas de décès aux(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Pour mieux se comprendre

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte authentique : Acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la prestation due par l'Institution en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

Garantie : Engagement de l'assureur de verser une prestation si le participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Rémunération nette : Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires et avant toute éventuelle imposition à la source.

Risque : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : Réalisation du Risque.

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité Sociale et quatre fois celui-ci.

L'accompagnement social est à vos côtés

Parce que personne n'est à l'abri de moments difficiles dans la vie, chez Malakoff Humanis, des femmes et des hommes se mobilisent, au quotidien, pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin.

Nos aides sont susceptibles d'évoluer chaque année et sont attribuées sous condition de ressources et en complément des dispositifs publics.

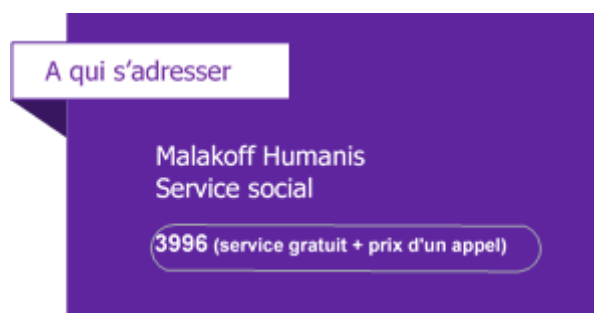
Handicap : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

- **Aidants** : des solutions concrètes pour ceux qui prennent soin au quotidien d'un proche malade, âgé ou en situation de handicap.
- **Cancer** : un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles.
- **Bien-vieillir** : des réponses aux questions qui se bousculent à l'approche de la retraite et des solutions pour préparer ce changement sereinement.
- **Fragilités sociales** : des services qui protègent les salariés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

Les équipes Malakoff Humanis sont présentes en délégations régionales pour vous assurer une réponse de proximité.

N'hésitez pas à les contacter pour en savoir plus sur nos aides et leurs conditions d'attribution.

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des salariés.



Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

* Hors métropole : 09 74 75 39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)

Par internet : Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

Votre interlocuteur Malakoff Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : 09 69 32 21 34

Adresse : Malakoff Humanis Prévoyance
TSA 77374
34186 MONTPELLIER CEDEX 4

Site internet : malakoffhumanis.com