malakoff humanis

THALES

Notice d'information Prévoyance

Régime décès - Incapacité - Invalidité

1er janvier 2020

Sommaire

Régime de prévoyance 3
Décès - Invalidité absolue et définitive 4
Incapacité de travail - Invalidité 9
Dispositions communes 11

Régime de Prévoyance

Objet

Le présent régime a pour objet :

- au titre de la garantie décès, le versement de prestations en cas de décès du salarié ou d'invalidité absolue et définitive,
- au titre de la garantie incapacité/invalidité, le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité du salarié, d'une rente en cas d'invalidité du salarié. Ces prestations sont servies en complément de celles versées par la Sécurité sociale.

Définitions communes aux garanties

Salaire mensuel de référence et Salaire annuel de référence

On entend par salaire mensuel de référence, le salaire mensuel de base brut de l'assuré avec l'ancienneté. Ce salaire mensuel correspond à la part fixe du salaire du dernier mois civil de plein traitement (y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale) précédant l'arrêt de travail ou le décès augmentée du 12e des parties variables du salaire perçu au cours des 12 mois précédant le décès ou l'arrêt de travail.

Le salaire annuel de référence (SAR) est égal à 12 fois le salaire mensuel de référence.

- Tranche A : fraction de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 le plafond de la Sécurité sociale.
- Tranche C : fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Il est précisé que ce traitement est limité à la tranche B en ce qui concerne les options facultatives.

En cas de décès de l'assuré survenant après un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, le salaire du dernier mois de plein traitement précédant l'arrêt de travail est revalorisé en fonction de la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre la date du début de l'arrêt de travail et la date du décès ou entre la date du début de l'arrêt de travail et la date à laquelle le bénéficiaire des prestations peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Assiette de cotisations pour les salariés ne travaillant pas à temps plein : pour les salariés travaillant à temps partiel, temps réduit, temps choisi ou bénéficiant d'autres formules de réduction du temps de travail l'assiette de cotisations est définie comme suit :

- garanties obligatoires et facultatives Décès : la cotisation est calculée sur le salaire temps plein sauf si le salarié ne le souhaite pas, dans ce cas, la cotisation est calculée sur le salaire réel,
- garantie Incapacité et Invalidité : la cotisation est calculée sur le salaire réel.

Salariés expatriés

Les salariés expatriés français bénéficient des mêmes garanties décès, incapacité, invalidité décrites dans la présente notice.

Personnes à charge

Sont réputés à charge au moment du décès, les enfants de l'assuré, légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, ou ceux de son partenaire lié par un PACS justifiant d'une domiciliation commune à condition :

- que l'assuré ou son conjoint ou son partenaire PACS en ait la charge fiscale, c'est-à-dire que l'enfant est pris en compte pour l'application du quotient familial ou pour lequel il(s) verse(ent) une pension alimentaire déduite fiscalement de son (leur) revenu global ;
- et qu'ils soient âgés de moins de 18 ans ;
- ou, qu'âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, ils ne se livrent à aucune activité rémunératrice habituelle et durable ;
- ou, qu'âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, ils poursuivent des études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé en France ou à l'étranger et qu'à ce titre :
  - ils soient affiliés au régime de base obligatoire d'Assurance maladie,
  - ou à défaut, ils n'exercent simultanément aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
  - ou qu'ils soient atteints d'une infirmité les privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée,
- ou, qu'âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, ils justifient d'un contrat d'apprentissage ou de qualification,
- ou, quel que soit l'âge lorsqu'ils sont frappés avant l'âge de 25 ans d'une infirmité les privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée. Lorsqu'au moment du décès ils sont âgés de plus de 26 ans, ils ouvrent droit à la seule majoration du capital pour enfant à charge supplémentaire.

Dans les conditions précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la fin des études ou suivant la fin de l'infirmité les privant d'exercer une activité rémunératrice.

En cas de décès d'un enfant à charge au sens du présent article, la prise en compte de cet enfant cesse le jour même de son décès. Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré entrent en considération pour la détermination des prestations.

Décès - Invalidité absolue et définitive

Objet

La garantie Décès-Invalidité absolue et définitive a pour objet, au titre du régime de base obligatoire :

- en cas de décès de l'assuré, le versement d'un capital seul ou d'un capital et d'une rente éducation ;
- en cas de décès accidentel de l'assuré, le versement d'un capital supplémentaire ;
- en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le versement à son profit du capital décès par anticipation ;
- en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire PACS de l'assuré, le versement d'un capital au profit des enfants ;
- en cas de décès de l'assuré, ou d'un membre de sa famille, le versement d'une allocation d'obsèques.

Prise d'effet des garanties

L'affiliation de l'assuré prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque l'assuré est inscrit à cette date dans les effectifs du groupe THALES ;
- à sa date d'embauche.

Désignation de(s) bénéficiaire(s)

Lors de son affiliation à Malakoff Humanis Prévoyance, l'assuré complète une demande d'affiliation et désigne le ou les bénéficiaire(s) du capital décès. Sauf stipulation contraire notifiée par écrit à l'organisme assureur au plus tard le jour du décès de l'assuré, ou à défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou en cas de décès de ce dernier avant l'assuré, le capital est attribué conformément à la clause type suivante :

- au conjoint survivant de l'assuré non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire avec lequel l'assuré était lié par un PACS (pacte civil de solidarité) ;
- à défaut par parts égales, aux enfants légitimes, reconnus ou adoptifs de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, au père et à la mère de l'assuré par parts égales ou au survivant de l'un d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré suivant les règles de dévolution successorales.

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

Cette désignation particulière peut être faite sur l'imprimé « Désignation ou changement de la clause bénéficiaire » prévu à cet effet ou par lettre manuscrite signée et datée, adressée à l'organisme assureur. Un testament ou acte entre vifs peut valoir désignation, si l'un ou l'autre document vise expressément le capital dû au titre du présent régime. En cas de pluralité de bénéficiaires, le pourcentage du capital attribué à chacun d'eux est à indiquer ; à défaut, le capital est réparti en parts égales entre les bénéficiaires désignés.

L'assuré peut, à tout moment, modifier sa désignation de bénéficiaire(s), sauf si le bénéficiaire reconnait par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas la désignation faite à son profit devient irrévocable (excepté dans les cas légaux). Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'organisme assureur est inopposable à celui-ci.

Toute désignation antérieure d'un ou plusieurs bénéficiaire(s) devient caduque en cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, séparation de corps constatée judiciairement, divorce, dissolution du PACS, naissance ou adoption, décès du bénéficiaire expressément désigné ou de tous les bénéficiaires désignés).

En l'absence de nouvelle désignation, le capital est alors attribué selon la **clause type ci-avant.**

Lorsque l'assuré aura expressément désigné plusieurs bénéficiaires, le décès d'une partie seulement de ces bénéficiaires n'aura pas pour effet d'annuler cette désignation expresse.

Le capital garanti sera alors partagé au prorata de leurs parts initiales entre les bénéficiaires désignés vivants.

Enfin, lorsque parmi les bénéficiaires désignés, il y aura une personne physique ou morale ayant consenti un prêt à l'assuré, et que cette désignation expresse aura pour objet de garantir à due concurrence le remboursement de ce prêt en cas de décès de l'assuré, la désignation de cette personne physique ou morale ne sera pas annulée par l'un des changements de situation de famille énumérés ci-dessus.

Définition du conjoint

Est considéré conjoint de l'assuré pour l'ensemble des garanties Décès :

- le conjoint survivant de l'assuré non divorcé, non séparé de corps judiciairement ;
- ou le partenaire auquel l'assuré était lié par un PACS au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, sous réserve qu'il fournisse l'attestation d'inscription de la déclaration faite auprès du Greffe du Tribunal d'Instance ;
- **pour la garantie rente de conjoint**, est également considéré comme conjoint de l'assuré : le concubin ou la concubine survivant(e) bénéficiaire de la rente temporaire de conjoint sous réserve qu'il ou elle apporte la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec l'assuré décédé.

Assurés effectuant un séjour à l'étranger

En cas de déplacement ou de séjour d'un assuré dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des affaires étrangères, la société doit consulter l'organisme assureur afin de déterminer si les risques réalisés dans lesdits régions ou pays sont couverts par les garanties du présent contrat.

Régime de base obligatoire

Choix de l'option

Deux options sont proposées selon la situation de famille de l'assuré.

Le choix entre l'option 1 (capital seul) et l'option 2 (capital et rente éducation) s'effectue au décès de l'assuré par le conjoint ou par le partenaire lié par un PACS dès lors que celui-ci est le bénéficiaire unique.

Pour le choix de l'option 2, il faut que le bénéficiaire ait la charge d'un ou de plusieurs enfants.

Le choix de l'option est définitif.

Lorsque le bénéficiaire unique n'est pas le conjoint ou le partenaire lié par un PACS, ou que les bénéficiaires sont multiples, c'est l'option 1 qui s'applique. L'assuré peut effectuer au préalable et à tout moment le choix de l'option sur papier libre à adresser à l'organisme assureur.

Montant des prestations

	Option 1 Capital seul	Option 2 Capital + Rente éducation
	Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA/TB/TC	
CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)*		
Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge**	250 %	–
Marié ou lié par un PACS sans enfant à charge**	300 %	–
Célibataire, veuf, divorcé, marié, pacsé avec un enfant à charge**	360 %	150 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge**	60 %	–
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel	+ 200 % du salaire annuel brut	
Double effet (en cas de décès simultané du conjoint et de l'assuré)	+ 50 % des capitaux décès prévus pour l'option 1	
Allocation pour frais d'obsèques (en cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou de son partenaire PACS, ou d'un enfant à charge**)	75 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale***	
RENTE ÉDUCATION (par an et par enfant à charge)**		
De 0 à moins de 11 ans	–	10 %
De 11 ans à moins de 19 ans	–	15 %
De 19 à moins de 21 ans (ou 26 ans si études)	–	20 %
Enfant handicapé avant 25 ans le privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée, sans limite d'âge	–	Maintien de la dernière rente à 20 %

* En cas d'IAD, versement anticipé du capital décès ou versement anticipé du capital décès et de la rente éducation.
** En application de la définition des personnes à charge dans le paragraphe « Personnes à charge ».
*** Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de survenance du décès.

Invalidité absolue et définitive (paiement anticipé du capital décès)

L'assuré atteint, avant la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale, d'une invalidité absolue et définitive et reconnu par la Sécurité sociale en invalidité de 3e catégorie ou en incapacité permanente et totale avec assistance d'une tierce personne au titre de la réglementation des accidents du travail et maladies professionnelles, peut demander le versement du capital décès par anticipation. L'assuré a le choix entre l'option 1 ou l'option 2.

La demande doit être formulée dans les 2 ans suivant la mise en invalidité par la Sécurité sociale.

Décès par accident

Un capital décès supplémentaire est versé en cas de décès de l'assuré résultant d'un accident survenu après l'affiliation.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Les événements provoqués par une cause pathologique ou survenus alors que l'assuré se trouvait sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue ne sont pas considérés par l'organisme assureur comme des accidents.

Double effet

À la suite du décès de l'assuré, le conjoint ou le partenaire PACS survivant, non remarié, non lié par un nouveau PACS, est garanti en cas de décès survenant simultanément à celui de l'assuré ou postérieurement à celui-ci mais avant la date de son 60e anniversaire et à condition qu'il reste encore à sa charge à la date de son décès des enfants de moins de 20 ans ayant été pris en considération pour le calcul du capital décès initial. Le montant du capital est indiqué dans le tableau « Montant des prestations » ci-dessus. La situation familiale prise en considération étant celle de l'assuré à la date de son décès.

Allocation d'obsèques

En cas de décès du conjoint ou assimilé, ou d'un enfant à charge, il est versé à l'assuré une allocation obsèques égale à 75 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date de l'évènement.

Aucune prestation n'est versée au titre de garanties en cas décès pour les enfants de moins de 12 ans et dans le cas où le défunt assuré est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

En cas de décès de l'assuré lui-même, l'allocation est versée à la personne ayant procédé au règlement des frais d'obsèques.

Rentes

En plus des capitaux, la rente éducation, la rente Handicap et la rente temporaire de conjoint peuvent être versées.

La rente handicap et la rente temporaire de conjoint sont assurées par l'OCIRP (Organisme des Institutions de Rentes et de Prévoyance) : 17 rue de Marignan - 75008 Paris. Leur gestion est effectuée par Malakoff Humanis Prévoyance.

Rente éducation

Une rente éducation est versée aux enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS et à condition que celui-ci conserve la charge effective du ou des enfants (cf définitions dans le paragraphe « Personnes à charge »).

Le montant de la rente indiqué dans le tableau « Montant des prestations » évolue en fonction de l'âge de l'enfant. Chaque rente est versée au conjoint ou partenaire lié par un PACS. Si celui-ci venait à décéder, la rente serait versée soit au tuteur, soit avec accord de celui-ci à la personne ayant la charge effective des enfants, soit aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs.

Rente Handicap

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive assimilable au décès de l'assuré, il est versé une rente viagère au profit des enfants handicapés.

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

L'état d'invalidité absolue et définitive assimilable au décès de l'assuré est défini par référence à la troisième catégorie de la Sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale et constaté par un certificat médical.

La reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie en cas de décès.

Reconnaissance de l'état de handicap

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

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'organisme assureur :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80 % reconnue par la MDPH ou la CDAPH ;
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la MDPH ou la CDAPH a reconnu au bénéficiaire l'impossibilité de travailler ;
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier.

Rente temporaire de conjoint

En cas de décès, il est versé au conjoint ou au partenaire lié par un PACS :

- une rente temporaire, sauf s'il peut bénéficier de la pension de retraite.

Le bénéfice de la garantie Rente temporaire de conjoint est également ouvert aux couples concubins. Le concubin ou la concubine survivant(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage notoire avec l'assuré décédé.

De plus, il ou elle doit être au regard de l'état civil, ainsi que l'assuré décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de pacs.

En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin, ce délai de deux ans n'est pas exigé.

La rente conjoint temporaire est versée jusqu'à l'âge légal d'ouverture de droit à la pension de retraite du bénéficiaire.

Montant des prestations

	Option 1	Option 2
Rente Handicap (par an et par enfant handicapé)	6 000 € annuels	
Rente temporaire de conjoint	8 %*	

* garantie exprimée en pourcentage du salaire annuel de référence TA/TB/TC

Options complémentaires facultatives

L'assuré peut choisir d'adhérer à une ou deux garanties supplémentaires.

Conditions de souscription et de renonciation aux options supplémentaires facultatives

La souscription de ces options supplémentaires facultatives décès peut être effectuée lors de la survenance des événements et selon les délais indiqués ci-après. Si ce délai est respecté, la souscription est acceptée sans formalité médicale.

À défaut, des formalités médicales sont obligatoires et peuvent entraîner une acceptation avec effet différé, ou un refus.

	Événements						
	Mise en place du contrat ou embauche (postérieure à la mise en place du contrat)		**Changement de situation de famille** (naissance, adoption, mariage, conclusion d'un PACS, divorce, dissolution d'un PACS, enfant cessant d'être à charge)		**Autres événements ou non respect des délais de souscription**	**Renonciation***	
Garanties	**Délai de souscription**	**Date d'effet**	**Délai de souscription**	**Date d'effet**	**Date d'effet des cotisations et des garanties**	**Délai pour renoncer**	**Date d'effet de la renonciation**
Capital décès supplémentaire Capital décès supplémentaire accidentel	2 mois	Date d'affiliation ou Date d'embauche	2 mois	1er jour du mois suivant l'événement	Avec formalités médicales 1er jour du mois suivant l'acceptation de la demande	À tout moment	1er jour du mois suivant la demande

** En cas de renonciation, la possibilité de souscrire à nouveau n'est ouverte qu'en cas de changement de situation de famille.*

Les cotisations correspondant à ces options supplémentaires facultatives sont à la charge exclusive de l'assuré.

Montant des prestations

	Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA TB
Capital décès toutes causes*	Choix entre 4 options facultatives + 100 % + 200 % + 300 % + 400 %
Capital décès accidentel	Capital décès supplémentaire + 100 %

** Ce capital est majoré de 10 % par enfant à charge* ***à due proportion du capital choisi dans la limite de 2 enfants.***

Formalités pratiques en cas de décès

Déclaration/Demande de prestations

Le service du personnel de l'entreprise dont relève l'assuré constitue dès le décès et au plus tard dans les 2 ans suivant cette date, un dossier comprenant :

- le formulaire de « déclaration de décès » fourni par Malakoff Humanis Prévoyance et complété par l'entreprise ;
- les pièces d'état civil de l'assuré décédé, celles de son conjoint ou de son partenaire PACS ;
- toutes pièces justifiant des charges de famille de l'assuré décédé ;
- toutes pièces permettant de constater que le décès ne résulte pas de risques non garantis ;
- la facturation acquittée des frais d'obsèques ;
- ainsi que, sur demande de Malakoff Humanis Prévoyance, tout document nécessaire au calcul et au versement des prestations dues.

Règlement des prestations

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). La majoration pour enfant à charge est due au bénéficiaire désigné du capital décès, à condition qu'il ait effectivement la charge de l'enfant.

Si le bénéficiaire n'a pas la charge du ou des enfants, la majoration est attribuée à ou aux enfants.

Le capital en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du partenaire PACS est réparti entre les enfants encore à charge et ayant été pris en compte pour le calcul du capital décès initial.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou majeur protégé, le capital et/ou la majoration et/ou la rente sont versés à son représentant légal.

Le choix de l'option est effectué par le bénéficiaire, dans les conditions prévues ci-dessus « Choix de l'option » (régime de base obligatoire).

La rente éducation est versée à compter du jour du décès de l'assuré.
Elle est payable à terme échu et son versement cesse :

- pour l'enfant étudiant, à la fin du trimestre civil où il n'est plus étudiant et au plus tard, à la fin du trimestre civil au cours duquel il atteint son 26e anniversaire ;
- à la date de fin de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, dès que sa rémunération excède le montant maximum pour être considéré à charge (cf. définitions dans le paragraphe « Personnes à charge »).
- et au plus tard, jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel intervient le 26e anniversaire.

Elle est revalorisée chaque 1er janvier sur la valeur du point Agirc-Arrco **dans la limite du montant du fonds de revalorisation de l'organisme assureur créé à cet effet**.

La rente Handicap est versée trimestriellement et par avance.

La rente de conjoint est versée trimestriellement d'avance à compter du jour du décès de l'assuré.

La rente de conjoint est versée jusqu'à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension de retraite du bénéficiaire.

Les rentes handicap et de conjoint sont revalorisées chaque année selon les conditions fixées par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du contrat, les rentes éducation, rente Handicap et rente de conjoint sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation et leur paiement se poursuit jusqu'au terme prévu.

Dispositions particulières aux garanties Décès (revalorisation post-mortem)

Le contrat prévoit le versement d'un capital, d'une allocation ou d'une rente, en cas de décès de l'assuré (ou du conjoint assuré pour la garantie Double Effet), ces sommes dues par notre organisme sont revalorisées et produisent des intérêts, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement de prestations.

La revalorisation s'effectue sur la base du taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Pour connaître la valeur du taux moyen des emprunts de l'État français, rendez-vous sur le site de la Banque de France.

La revalorisation post-mortem est effective pour les seuls décès survenant depuis le 1er janvier 2016.

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.

Délai de versement des prestations Décès

Notre organisme verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat, dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces justificatives.

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.

Risques exclus décès Invalidité absolue et définitive

La couverture du risque décès (à l'exception du décès accidentel) est exempte de toute restriction concernant la profession, les voyages, la cause et le lieu du décès.

Toutefois ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- **de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;**
- **du suicide de l'assuré, sauf s'il survient au plus tôt un an de date à date après l'affiliation au présent contrat.**

Toutefois, l'assurance en cas de décès est accordée aux personnes dont le suicide a lieu moins d'un an après leur affiliation au présent contrat, dès lors que celle-ci fait suite à une précédente affiliation à un régime de prévoyance collective à caractère obligatoire justifiant, à la date du décès et avec le présent contrat, une période d'affiliation continue de plus d'un an ;

- **de guerre civile ou étrangère dès lors que l'assuré y prend une part active ;**
- **d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transformation de noyau d'atome ou de radioactivité.**

En cas de guerre mettant en cause l'État français, le risque décès ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

La garantie Décès par accident ne s'applique pas en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive résultant :

- **du suicide de l'assuré ;**
- **de tentative de suicide ou de mutilation volontaire en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré ;**
- **de tremblement de terre ;**
- **quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements, de mouvements populaires, de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe dans lesquels l'assuré a pris une part active (sauf les cas de légitimes défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;**
- **d'un accident de navigation aérienne lorsque l'assuré se trouve à bord d'un avion non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote dont le brevet ou la licence est périmé, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;**
- **de la participation de l'assuré à des concours de vitesse, courses, matchs, paris (y compris en cas de compétitions sportives d'amateurs) ;**
- **d'un accident survenu sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident ;**
- **d'un accident survenu sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.**

Incapacité de travail – Invalidité

Objet

La garantie a pour objet le versement par Malakoff Humanis Prévoyance d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité à l'assuré qui se trouve dans l'obligation de cesser son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et qui bénéficie, à ce titre, des indemnités journalières ou de rente invalidité de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de la législation sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles.

Délai de carence

Les prestations sont versées à l'issue de la période de maintien du salaire total par l'employeur et, au plus tôt, lorsque le cumul des jours d'arrêt de travail pour une même maladie ou à la suite d'un même accident, dépasse 45 jours au cours de 12 mois consécutifs.

Lorsque l'assuré n'a pas l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur, l'indemnisation interviendra au plus tôt au 46e jour d'arrêt de travail continu.

Montant des prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail

Les indemnités journalières sont calculées en pourcentage du salaire journalier de base (30e du salaire mensuel de référence, voir définition paragraphe « Salaire mensuel de référence et salaire annuel de référence ») et sont fonction de la situation de famille :

Situation de famille	Pourcentage du salaire journalier de base
Sans enfant à charge*	80 %
Avec 1 enfant à charge*	85 %
Avec 2 enfants à charge*	90 %
Avec 3 enfants à charge*	95 %

* Enfants à charge (tels que définis dans le paragraphe « Personnes à charge ») au moment de l'arrêt de travail et en cours d'indemnisation.

Les taux définis dans le tableau ci-dessus s'entendent sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de la quote-part du salaire éventuellement maintenue par l'employeur.

Elles sont versées tant que dure l'incapacité donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale :

- jusqu'à la reprise du travail à temps complet ;
- jusqu'au classement en invalidité ou attribution d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle par la Sécurité sociale. Voir paragraphe « En cas d'invalidité » ;
- jusqu'à la fin de versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- jusqu'au décès de l'assuré ;
- jusqu'à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

En cas d'invalidité

Une rente d'invalidité peut être attribuée à tout assuré considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu, selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie par la Sécurité sociale :
  - * Invalidité de 1ère catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
  - * Invalidité de 2ème catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
  - * Invalidité de 3ème 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,
- soit, est reconnu invalide, 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 %. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente, une rente versée par la Sécurité sociale.

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

  Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66 %, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2ème catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

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

  Cette rente, calculée en pourcentage du salaire annuel de référence SAR (défini dans le paragraphe « Salaire mensuel de référence et salaire annuel de référence »), est fonction de la catégorie ou du taux d'invalidité et de la situation de famille.

Situation de l'invalidité	Pourcentage du SAR
1re catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) d'un taux compris entre 33 % et 50 %	60 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* **(maximum 3 enfants)**
En cas de reprise d'activité à temps partiel	75 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* **(maximum 3 enfants)**
2e catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) d'un taux supérieur à 50 % (maximum 3 enfants)	80 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* **(maximum 3 enfants)**
3e catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) avec allocation pour tierce personne	100 %

* Enfants à charge (tels que définis dans le paragraphe « Personnes à charge ») au moment de l'arrêt de travail et en cours d'indemnisation.

Les taux définis dans le tableau ci-dessus s'entendent sous déduction de la pension ou de la rente versée par la Sécurité sociale, la quote-part de salaire éventuellement maintenue par l'employeur et, le cas échéant, les allocations versées par le Pôle emploi.

Elle est versée tant que dure l'invalidité donnant lieu au versement de la pension ou de la rente de la Sécurité sociale :

- jusqu'au décès de l'assuré ;
- jusqu'à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

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

Reprise partielle d'activité

Lorsque l'assuré reprend, avec l'accord de la Sécurité sociale, une activité à temps partiel, le taux s'applique sur la différence entre le salaire de référence réel du mois et le salaire de référence rémunérant l'activité à temps partiel sous déduction des indemnités de la Sécurité sociale.

Règle de cumul

En aucun cas, le cumul des prestations versées par Malakoff Humanis Prévoyance, la Sécurité sociale et, le cas échéant, la rémunération versée par l'entreprise ou les allocations Pôle emploi, ne peut excéder le salaire de référence, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités ou rentes complémentaires.

Formalités pratiques en cas d'arrêt de travail

Déclaration/Demande de prestations

Le service du personnel de l'entreprise dont relève l'assuré constitue dès la date de cessation du salaire à 100 % et au plus tard dans les 30 jours suivant cette date, un dossier comprenant :

- le formulaire de « déclaration d'arrêt de travail » fourni par Malakoff Humanis Prévoyance et complété par l'entreprise ;
- l'entreprise est dispensée de fournir les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, dès lorsqu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à Malakoff Humanis Prévoyance ;
- les justificatifs de charge de famille, ainsi que, sur demande de Malakoff Humanis Prévoyance, tout autre document nécessaire au calcul et au versement des prestations dues.

En cas de transmission hors délais des pièces déclaratives l'organisme assureur retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations**.

Toute reprise du travail partielle ou complète doit être immédiatement notifiée à Malakoff Humanis Prévoyance ainsi que toutes informations susceptibles de modifier la nature des prestations (reprise des droits convention collective, licenciement, passage en invalidité, décès...).

Ne peuvent donner lieu au versement des prestations, les demandes formulées au-delà du délai de 2 ans à compter de la date de l'arrêt de travail pouvant ouvrir droit à leur versement.

Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont versées par Malakoff Humanis Prévoyance à l'entreprise, qui les réintègre au salaire de l'assuré après prélèvement des retenues légales ou conventionnelles.

En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont versées directement à l'assuré après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (CSG, CRDS, impôts à la source) éventuellement applicables et selon les taux en vigueur lors du versement.

Les rentes d'invalidité sont versées directement à l'assuré après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (CSG, CRDS, impôts à la source) éventuellement applicables et selon les taux en vigueur lors du versement.

Elles sont payables à terme échu et leur versement cesse :

- lors de la guérison ;
- lors de la cessation du versement des prestations par la Sécurité sociale ;
- lors de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

En cas de résiliation du contrat, les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation et leur paiement se poursuit jusqu'au terme prévu.

Revalorisation

Les prestations indemnités journalières et rentes invalidité sont revalorisées chaque 1er janvier en fonction de la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre la date d'effet de l'arrêt de travail ou de la rente et chaque 1er janvier **dans la limite du montant du fonds de revalorisation de l'organisme assureur créé à cet effet.**

Risques exclus

Sont exclues des garanties Incapacité du travail et Invalidité permanente, les conséquences :

- **de tentatives de suicide et de mutilation volontaire ;**
- **de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;**
- **de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de rixes, dans lesquels l'assuré a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;**
- **de concours de vitesse, courses, matchs, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).**

Dispositions communes

Cessation des garanties

Les garanties Décès-IAD cessent (sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Règlement des prestations » de la présente notice) à :

- la fin du mois civil qui suit la rupture de votre contrat de travail si cette rupture n'ouvre pas droit à la portabilité
- la date de suspension de votre contrat de travail,
- la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale et /ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires (sauf en cas de cumul emploi-retraite),
- la date de cessation du paiement des cotisations, après mise en œuvre de la procédure légale de recouvrement,
- la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur ou l'entreprise adhérente.

Les garanties Incapacité - Invalidité cessent (sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Règlement des prestations » de la présente notice) à la date de :

- suspension ou rupture de votre contrat de travail,
- liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale et /ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires (sauf en cas de cumul emploi-retraite),
- cessation du paiement des cotisations, après mise en œuvre de la procédure légale de recouvrement,
- résiliation du contrat par l'entreprise adhérente ou l'organisme assureur.

Portabilité des droits

Les assurés dont le contrat de travail cesse (à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde) et qui ouvrent droit à indemnisation par l'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties de protection sociale complémentaires auxquels ils étaient affiliés lors de la cessation de leurs contrats de travail.

Garanties

Les garanties Incapacité Temporaire de Travail prévues à l'article L.1226-1 du Code de 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.

La base des prestations des garanties reste constituée par le salaire de référence défini contractuellement pour les salariés 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. Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si elle est inférieure à un mois, la base des prestations est celle prévue au contrat de travail.

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

En cas d'Incapacité Temporaire de Travail, l'assuré ne peut percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçues pour la même période. Le montant des indemnités journalières versées par notre organisme est réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Lorsque la garantie Incapacité Temporaire de Travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord collectif applicable à l'entreprise, et en l'absence de franchise contractuelle prévue par défaut, il est instauré une franchise de 90 jours continus pour l'assuré bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré.

L'assureur s'engage à informer l'assuré 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 notre organisme.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré 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 de l'assuré cesse de plein droit :

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

Obligations déclaratives

L'assuré s'engage à fournir à notre organisme :

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

Financement

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

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat

Maintien des garanties décès

Réservistes

Par dérogation aux paragraphes "risques exclus décès - invalidité absolue et définitive" et « cessation des garanties » de la présente notice, les salariés en période de réserve militaire continuent à bénéficier des garanties décès de base obligatoires, malgré la suspension de leur contrat de travail.

Les réservistes sont couverts pour le risque décès encouru dans l'exercice légal et normal de leur mission de réserviste. Les garanties décès complémentaires facultatives ne sont pas maintenues.

À titre gratuit

L'assuré percevant de Malakoff Humanis Prévoyance des prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité telles que décrites dans la présente notice, continue s'il ne perçoit plus de salaire ou en cas de rupture de son contrat de travail ou de la résiliation du contrat de prévoyance et dans la stricte continuité de celui-ci :

- à percevoir lesdites prestations sans contrepartie de cotisation ;
- à bénéficier des mêmes garanties Décès obligatoires et options supplémentaires facultatives souscrites en activité sans contrepartie de cotisation.

Autres maintiens

Les garanties dont bénéficiait l'assuré à la date de rupture ou de suspension de son contrat de travail, ou au terme de son maintien au titre de la portabilité des droits **s'interrompent**.

Ce dernier peut alors demander à conserver à titre personnel les garanties décès souscrites précédemment, **mais il ne peut en aucun cas demander à bénéficier de garanties supérieures**.

Lorsque l'assuré demande à diminuer ses garanties, ce choix est définitif. Peuvent demander le maintien des garanties :

- les retraités jusqu'à 70 ans cf. notice spécifique ;
- les salariés licenciés et indemnisés par le Pôle emploi au terme du maintien des droits au titre de la portabilité ;
- les salariés en suspension de contrat de travail non rémunéré et/ou indemnisé y compris pour création d'entreprise (dans ce dernier cas le maintien est de 2 ans).

Pour être recevable, la demande de maintien doit être formulée dans un délai inférieur à :

- **6 mois** en cas de rupture du contrat de travail pour retraite ;
- **1 mois** au terme du maintien au titre de la portabilité des droits pour l'assuré toujours indemnisé par le Pôle emploi ;
- **2 mois suivant** la suspension du contrat de travail en cas de congé sans traitement.

Les garanties et le paiement des cotisations prennent effet le 1er jour du 2e mois civil suivant la rupture ou la suspension du contrat de travail, sous réserve du respect des délais mentionnés précédemment. Dans le cas où l'assuré a bénéficié du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, les garanties et le paiement des cotisations prennent effet au lendemain de la cessation de ce maintien.

La base de calcul des prestations et des cotisations est le dernier salaire brut mensuel de l'assuré précédant la rupture ou la suspension du contrat de travail augmenté du 1/12e des parties variables du salaire perçues au cours des 12 derniers mois. Ce traitement de base est revalorisé chaque 1er janvier selon l'évolution du point de retraite Agirc- Arrco.

Les garanties souscrites à titre individuel cessent :

- à la reprise d'activité ou fin de la période de suspension de contrat de travail ;
- à la fin de la période de 2 ans pour les créateurs d'entreprise ;
- lorsque l'assuré n'est plus indemnisé par le Pôle emploi ;
- en cas de non paiement des cotisations ;
- au décès de l'assuré ;
- à la date de résiliation des garanties par l'assuré ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires ;
- au plus tard à la date anniversaire des 65 ans de l'assuré indemnisé par le Pôle emploi ou en congé sans traitement ;

Les cotisations, intégralement à la charge de l'assuré, dont le montant est notifié par l'organisme assureur à l'aide d'un bordereau, sont payables d'avance trimestriellement, par prélèvement automatique sur le compte de l'assuré.

L'assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion aux garanties.

Garanties réservées aux assurés licenciés

Les dispositions ci-dessous sont applicables au terme du maintien prévu dans le cadre de la portabilité des droits.

Les assurés licenciés à titre individuel ou collectif **pour raisons économiques** et indemnisés à ce titre par le Pôle emploi, peuvent souscrire, moyennant une cotisation entièrement à leur charge, la **Garantie Hospitalisation** ou la **Garantie Maladie-Hospitalisation** en cas d'hospitalisation ou de maladie entraînant la suspension de l'allocation versée par le Pôle emploi et son remplacement par l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.

Sont prises en charge, avec effet rétroactif au premier jour :

- toute période de plus de 10 jours d'hospitalisation **(Garantie Hospitalisation) ;**
- toute période de plus de 10 jours consécutifs de maladie et/ou d'hospitalisation **(Garantie Maladie-Hospitalisation).**

L'indemnité journalière est égale à 100 % de l'allocation journalière versée par le Pôle emploi sous déduction de l'indemnité journalière versée en remplacement par la Sécurité sociale.

Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré 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'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré 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, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré 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 de l'assuré.

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

L'organisme assureur 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'organisme assureur notifie par lettre recommandée à l'assuré les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

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

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

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. 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.

Délai de prescription

Toutes les actions dérivant des garanties décrites dans la présente notice, **sont prescrites par deux ans** à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation des risques garantis au titre de la présente notice, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. **La prescription est portée à dix ans** lorsque, pour le risque décès, le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

Les demandes de prestations en cas de décès ne peuvent être postérieures au dépôt de sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'organisme assureur, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du ou (des) bénéficiaire(s) sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'organisme assureur, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignations doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamés sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

La prescription est interrompue par :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- la citation en justice ;
- l'impossibilité d'agir ;
- la reconnaissance par l'organisme assureur (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de l'organisme assureur) contre lequel il prescrivait ;
- la reconnaissance de dettes.

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 :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou à l'assuré, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,
- en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.

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, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Autorité de contrôle

Malakoff Humanis Prévoyance est contrôlée par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Réclamations - Médiation

Il est mis à disposition la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex
Tél. (appel non surtaxé) : 09 69 39 74 74.

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme 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, notre organisme adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures de réclamations et recours interne, les entreprises adhérentes, les assurés, les bénéficiaires, et/ou les ayants droit peuvent s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (C|IP) en cas de litige en matière d'opérations collectives ou individuelles. Le médiateur de la protection sociale ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations, ni les procédures de recouvrement des cotisations. La saisine du médiateur de la protection sociale est ouverte aux entreprises adhérentes, aux assurés, aux bénéficiaires et/ou aux ayants droit dans la limite de deux fois par an.

La proposition de solution rendue par le médiateur de la protection sociale ne lie pas les parties. Cette proposition de solution, écrite et motivée, sera transmise aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet. Toute proposition de solution rendue par le médiateur de la protecton sociale est rendue en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle. Le recours au médiateur de la protection sociale est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10, rue Cambacérès
75008 Paris
ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip

Protection des données à caractère personnel

Conformément a la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par notre organisme. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'execution des contrats d'assurance et peuvent également être réalises aux fins d'operations relatives a la gestion des clients et a la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'execution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de l'assuré (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du Groupe Malakoff Humanis à l'adresse URL suivante : https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/. L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer à son traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : dpo@malakoffhumanis.com ou à Groupe Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 9.

L'assuré peut également demander la portabilité de ses données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par notre organisme pour confirmer l'identité de l'assuré avant de répondre à la demande. L'assuré peut consulter le site internet du Groupe Malakoff Humanis à l'adresse URL suivante : https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/ pour de plus amples informations. En tout état de cause, l'assuré peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Prospection commerciale par voie téléphonique

Si l'assuré ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

Société OPPOSETEL
Service Bloctel
6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, l' inscription n'interdit pas notre organisme de le démarcher téléphoniquement, s'il ne s'est pas opposé auprès de notre organisme, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis,
Pôle Informatique et Libertés,
21 rue Laffitte
75317 Paris cedex 9

à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Malakoff Humanis Prévoyance
Service Prestations prévoyance
TSA 50508 94132 Fontenay-sous-Bois

NOTES

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Une question sur votre contrat ?

Espace client : https://sante-espaceparticuliers.humanis.com/

Téléphone : **0969 39 74 74** (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

Courrier : Malakoff Humanis Prévoyance
Service Grands comptes
TSA 50508
94132 Fontenay-sous-Bois Cedex

Pour le versement des prestations en cas de décès

Écrivez-nous à : Malakoff Humanis Prévoyance
Service Prestations Prévoyance
TSA 50508
94132 Fontenay-sous-Bois Cedex

Pour contacter les activités sociales

Téléphone : **3996** (service gratuit + prix d'un appel local)
du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14 à 17h

malakoff humanis

Malakoff Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social: 21 rue Laffitte, 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181
malakoffhumanis.com

MH-JUR1175_2004 – Crédits photo : AdobeStock.