

## NOTICE D'INFORMATION

Date d'effet :  
1<sup>er</sup> avril 2019

## PRÉVOYANCE

Personnel non cadre  
relevant de la CCN des  
industries de la  
maroquinerie, articles  
de voyage, chasse,  
sellerie, gainerie,  
bracelets en cuir,  
entreprises de la  
ganterie de peau

# KLÉSIA

Prévoyance



malakoff médéric  
humanis

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

## SOMMAIRE

<b>DÉFINITIONS PRÉALABLES</b> .....	5
<b>IMPORTANT</b> .....	5
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
Où pouvez-vous adresser vos demandes de renseignements portant sur les prestations ? .....	6
Quelles sont les caractéristiques de votre contrat de prévoyance ? .....	6
Quelles sont les conditions d'affiliation des participants ? .....	7
Réclamation et médiation .....	7
Protection des données personnelles .....	7
Contrôle des institutions .....	9
Quand les garanties prévoyance entrent-elles en vigueur pour les participants ? .....	9
<b>SUSPENSION - CESSATION</b> .....	10
Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée .....	10
Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée .....	10
Dans quelles conditions les garanties cessent-elles ? .....	10
<b>MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RÉSILIATION DE L'ADHESION OU DU CONTRAT</b> .....	10
<b>MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE OU CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL</b> .....	11
Incidences de la rupture du contrat de travail en cas de maladie ou accident .....	11
<b>MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	11
<b>COTISATIONS</b> .....	12
Quelle est l'assiette des cotisations ? .....	12
Quand a lieu le paiement des cotisations ? .....	12
Exonération des cotisations .....	11
<b>BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS</b> .....	12
Quel est le traitement de base pour le calcul des prestations prévoyance ? .....	12
Quelles sont les modalités de revalorisation des prestations prévoyance ? .....	13
<b>RISQUE EXCLUS</b> .....	13
<b>DÉCHÉANCE – SUBROGATION- FAUSSE DÉCLARATION – PRESCRIPTION – CONTRÔLE MÉDICAL</b> .....	14
Déchéance .....	14
Subrogation .....	14

Fausse déclaration.....	14
Prescription .....	14
Contrôle médical.....	14
<b>GARANTIES DÉCÈS ET ANNEXES .....</b>	<b>15</b>
Définition de la situation familiale .....	15
Bénéficiaire(s) du capital décès .....	16
Garantie décès toutes causes.....	16
Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive.....	16
Garantie double effet.....	17
Frais d'obsèques.....	18
<b>GARANTIES INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ.....</b>	<b>17</b>
Garantie Incapacité de travail.....	17
Plafonnement des prestations.....	19
<b>DÉCLARATION DES SINISTRES ET PIÈCES À FOURNIR.....</b>	<b>19</b>
Déclaration des sinistres .....	19
Quelles sont les pièces à fournir?.....	19
Annexe 1 : Tableau des garanties .....	20
Annexe 2 : Protection des données personnelles .....	21

## Définitions préalables

### BÉNÉFICIAIRE

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

### COTISATIONS

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

### DÉLAI DE FRANCHISE

Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

### ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux Dispositions Spécifiques du contrat, au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

### GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

### MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

### PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

### PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

### RISQUE

Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

### RÉMUNÉRATION BRUTE

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

### SINISTRE

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

## IMPORTANT

### DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

En qualité de salarié de la Société .....

Je soussigné(e) .....

reconnais avoir reçu la notice d'information des garanties prévoyance, dans le cadre du contrat d'assurance collective et obligatoire (référéncé MARO) du personnel non cadre relavant de la Convention Collective Nationale des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir (dénommée Branche de la Maroquinerie) et des entreprises de la Ganterie de peau .

A .....

Le .....

Signature

## Introduction

Votre entreprise relève de la Branche des industries de la Maroquinerie, Articles de voyage, Chasse sellerie, Gainerie, Bracelets en cuir (dénommée Branche de la Maroquinerie) et des entreprises de la Ganterie de peau.

Par Accord du 12 décembre 2018, les partenaires sociaux ont instauré un régime de prévoyance à adhésion obligatoire, au bénéfice de l'ensemble du personnel non cadre relevant de votre Branche professionnelle, à effet du 1er avril 2019.

**KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, et :

**Malakoff Médéric Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social au 21 rue Laffitte 75009 PARIS,

ci-après dénommées « les Institutions », ou « l'Institution », ont mis en place, conformément à cet accord, un régime de prévoyance dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, dans le cadre d'une co-assurance.

Les présentes garanties sont conformes aux dispositions de l'accord conventionnel précité.

Par ailleurs, pour compléter les niveaux de garanties de ce régime de base, les deux co-assureurs ont mis en place des garanties optionnelles (option 1 et option 2) au choix de l'employeur, s'imposant à tous les salariés non cadres de l'entreprise. Celle-ci est dénommée ci-après « l'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente ». Ses salariés acquièrent dès leur affiliation la qualité de Participants et sont dénommés ci-après « les Participants ».

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription du contrat par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance ou de Malakoff Médéric Prévoyance.

Elle précise notamment les garanties prévoyance dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

## OÙ POUVEZ-VOUS ADRESSER VOS DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS PORTANT SUR LES PRESTATIONS ?

Pour la constitution de votre dossier ou toute demande de renseignements portant sur les prestations de vos garanties incapacité ou invalidité, vous pouvez contacter votre Institution :

### **KLESIA Prévoyance**

#### **Par courrier :**

KLESIA Prévoyance  
CS 30027  
93108 Montreuil Cedex

#### **Par téléphone :** 01 71 39 15 15

du lundi au vendredi de 9h à 18h

#### **Sur site internet :** [www.klesia.fr](http://www.klesia.fr)

Ou :

### **Malakoff Médéric Prévoyance**

#### **Par courrier :**

Malakoff Médéric  
Prestations prévoyance collective  
78288 Guyancourt cedex

#### **Par téléphone :** 39 32 du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00

**Par mail :** Malakoff Médéric Prévoyance met en œuvre des services, accessibles notamment sur  **votre espace sécurisé Internet TOUTM [malakoffmederic.com](http://malakoffmederic.com)**

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

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

## QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE CONTRAT DE PRÉVOYANCE ?

Votre contrat de prévoyance se caractérise par deux aspects essentiels :

- Il est obligatoire : l'employeur est tenu d'y affilier la totalité du personnel de l'entreprise relevant de la catégorie assurée,

- Il est collectif : sont bénéficiaires des garanties tous les salariés relevant de la catégorie assurée

### QUELLES SONT LES CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS ?

Conformément à l’Article L.932-1 du Code de la Sécurité sociale, l’Entreprise Adhérente doit obligatoirement affilier au contrat d’assurance la totalité des salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au certificat d’adhésion ou aux conditions particulières, ainsi que ceux embauchés postérieurement à la date d’adhésion et ceux qui viendront à être promus postérieurement à ladite adhésion.

Le cas échéant peuvent être affiliés les anciens salariés bénéficiaires du contrat de prévoyance précédemment souscrit par l’entreprise, durant la période de maintien de garanties (« portabilité des droits ») restant à courir au titre de l’Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (c’est-à-dire les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts auprès de l’organisme assureur dont le contrat de prévoyance a été résilié, lorsque ce dernier n’assure pas le maintien jusqu’à l’expiration de la période de droits). À cette fin, l’Adhérente doit communiquer la liste des anciens salariés concernés.

### RÉCLAMATION ET MÉDIATION

#### Réclamation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l’Adhérente ou le Participant doit s’adresser en priorité à l’Institution auprès de laquelle l’adhésion a été réalisée.

#### KLESIA Prévoyance :

##### Par courrier :

KLESIA Prévoyance  
Service Réclamation  
CS 30027  
93108 Montreuil cedex

**Par téléphone :** au 01 71 39 15 15 du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures

**Via le site internet :** [www.klesia.fr](http://www.klesia.fr)

#### Malakoff Médéric Prévoyance :

- **pour l’Adhérente :** [reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com) ou à

l’adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,

- **pour le Participant et/ou les bénéficiaires :** [reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com) ou à l’adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

#### Médiation

Lorsqu’aucune solution à un litige relatif aux garanties n’a pu être trouvée, l’Adhérente, le Participant et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d’agir en justice, s’adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance CTIP), dans le délai d’un an à compter de la réclamation :

- **par courrier :** M. le médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérés - 75008 Paris
- **par voie électronique :** <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l’Institution et votre employeur, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric Prévoyance, en tant que responsables de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance seront dans l’impossibilité de traiter vos demandes.

#### Les finalités de vos données personnelles

Dans le cadre de l’exécution de votre contrat d’assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l’étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d’assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l’émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l’encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d’assurance ;

- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits ;
- la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance mettent en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA et de Malakoff Médéric Prévoyance sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de la relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA ou par Malakoff Médéric Prévoyance.
- la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA et de Malakoff Médéric Prévoyance analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

### **Le traitement de vos données de santé**

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion de son contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Prévoyance et de Malakoff Médéric Prévoyance et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

### **Les décisions automatisées et le profilage**

Dans certains cas, KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance pourront être amenées à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance vous informeront spécifiquement et vous permettront de contester une décision automatisée prise à votre égard.

### **Les destinataires de vos données personnelles**

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance et de Malakoff Médéric Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau en Annexe 2.

### **Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne**

KLESIA Prévoyance et Malakoff Médéric Prévoyance traitent les données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

### **Les durées de conservation de vos données personnelles**

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de pres-



criptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau annexé ci-dessous.

### **Vos droits**

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de KLESIA Prévoyance et de Malakoff Médéric Prévoyance.

### **L'exercice de vos droits**

Ces droits peuvent être exercés par vous-même en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout

élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles : vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- pour KLESIA Prévoyance,
  - par courrier électronique : [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr)
  - par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil
- Pour Malakoff Médéric
  - par courrier électronique : [sgil.assurance@malakoffmederic.com](mailto:sgil.assurance@malakoffmederic.com)
  - par courrier postal : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21, rue Laffitte 75317 Paris Cedex 09.

### **Réclamation auprès de la CNIL**

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/agir>.

### **CONTRÔLE DES INSTITUTIONS**

L'autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe au 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

### **QUAND LES GARANTIES PRÉVOYANCE ENTRENT- ELLES EN VIGUEUR POUR LES PARTICIPANTS ?**

La qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion précisée au certificat d'adhésion ou aux conditions particulières, lorsque les salariés sont présents dans l'effectif de l'entreprise à cette date et font partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les salariés bénéficient des garanties prévues au contrat de prévoyance à compter de la date d'affiliation.

Au titre de l'incapacité de travail, pour la détermination de la franchise, l'arrêt de travail est réputé être survenu à la date d'effet du contrat.

## Suspension - Cessation

### SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNÉRÉE OU INDEMNISÉE

Les garanties sont maintenues au profit des Participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou qui perçoivent des journalières complémentaires versées au titre d'un contrat de prévoyance complémentaire ou qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des cotisations prévues au paragraphe intitulé « EXONERATION DES COTISATIONS », ce maintien des garanties donne lieu à paiement des cotisations.

### SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNÉRÉE OU NON INDEMNISÉE

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension du contrat de travail du Participant, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

### DANS QUELLES CONDITIONS LES GARANTIES CESSENT-ELLES ?

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus aux paragraphes suivants, les garanties prennent fin dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion par l'une des parties (Adhérente ou Institution) ;
- en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.932-9 de Code de la Sécurité sociale ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- liquidation de la pension de retraite du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l'entreprise ;
- décès du Participant.

## Maintien des garanties en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat

### Maintien des prestations en cours de service après résiliation

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation de l'adhésion ou du contrat sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans l'ANNEXE 1: TABLEAU DES GARANTIES.

Pour les Participants dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de résiliation du contrat de prévoyance, l'Institution verse la prestation prévue à la date de l'arrêt de travail. Ce nouvel état ne sera pris en charge que si le fait générateur de l'arrêt est survenu durant la période d'assurance ou antérieurement à la date d'effet du contrat pour les Participants faisant l'objet d'une reprise de passif et ne bénéficiant pas d'un contrat de prévoyance antérieur.

La revalorisation des prestations cesse à compter de la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat de prévoyance.

### Maintien des garanties Décès après résiliation

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties Décès sont maintenues lorsque le Participant est indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat.

### Cessation du maintien des garanties

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- reprise totale d'activité ;
- cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension invalidité, d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33% ;
- liquidation de la pension vieillesse par la Sécurité sociale.

## Maintien des garanties en cas de rupture ou cessation du contrat de travail

### INCIDENCES DE LA RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT

Le Participant en arrêt de travail continue à bénéficier des garanties adoptées par l'Entreprise dans le cadre des présentes garanties, tant que le contrat d'assurance souscrit par l'Entreprise auprès de l'Institution est en vigueur.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le Participant ne perçoit plus de la Sécurité sociale de prestations en espèces au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation du contrat souscrit par l'Entreprise, sous réserve des dispositions du paragraphe intitulé « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RESILIATION DE L'ADHESION OU DU CONTRAT » ci-dessus.

## Maintien des garanties en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale

### Conditions

Conformément à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

### Formalités

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit. Afin d'être affilié, l'ancien salarié retourne à l'Institution un bulletin de portabilité établi et mis à disposition par celle-ci, dûment complété et signé.

### Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Pour les arrêts de travail survenus pendant la période de portabilité, les anciens participants bénéficiaires de l'option 2 sont indemnisés à l'issue d'une période de franchise reconstituée à partir de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, limité à 12 mois.

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 qui ne sera pas prolongée d'autant.

### Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera applicable aux bénéficiaires du maintien de droit.

Les indemnités versées au titre des garanties invalidité ou incapacité permanente au cours de la période de maintien des droits ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues à la même période.

### Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

### Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution : à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;

trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômages ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

## Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance.

## Cotisations

### QUELLE EST L'ASSIETTE DES COTISATIONS ?

#### Principes de base

L'assiette des cotisations est déterminée en fonction du total des rémunérations brutes annuelles du Participant, limitée à la tranche 1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

#### Salariés à temps partiel

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel, la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire réellement perçu par le Participant.

#### Salariés à employeurs multiples

Pour chaque Participant exerçant une activité salariée dans plusieurs entreprises, la cotisation est due sur le salaire réellement perçu par le Participant dans l'entreprise Adhérente.

### QUAND A LIEU LE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Les cotisations sont calculées annuellement et recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles doivent être payées, au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour suivant l'échéance.

L'adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations à l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution.

Sur la base de l'état nominatif des salaires communiqué par l'Adhérente à chaque fin d'exercice, l'Institution effectue un ajustement des cotisations afin de prendre en compte la situation exacte de chaque Participant.

Cet ajustement donnera lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

Le Participant en arrêt de travail est exonéré des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité de travail et Invalidité au terme d'un délai de franchise de 91 jours d'arrêt de travail.

L'exonération est partielle si le Participant travaille à temps partiel, les cotisations étant alors proportionnelles aux rémunérations brutes annuelles effectivement perçues du fait de son activité réduite.

L'exonération des cotisations cesse :

- dans les cas de cessation des prestations Incapacité ou Invalidité ;
- en cas de résiliation du contrat de prévoyance.

## Base de calcul des prestations

### QUEL EST LE TRAITEMENT DE BASE POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS PRÉVOYANCE ?

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail, limité à la tranche soumise à cotisations telles que prévues au paragraphe intitulé « QUELLE EST L'ASSIETTE DES COTISATIONS ? ».

En tout état de cause, le traitement pris en compte pour le calcul des prestations ne peut excéder celui choisi par l'Adhérente comme base des cotisations.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés à l'alinéa précédent du fait d'une ancienneté inférieure à 12 mois, le traitement de référence sera reconstitué sur 12 mois.

Si le Participant n'a pas reçu de rémunération ayant donné lieu à cotisations pendant tout ou partie des 12 mois visés au premier alinéa du fait de la suspension de son contrat de travail suite à un arrêt de travail ou congé maternité ou paternité, le traitement de référence sera déterminé par rapport à la rémunération des douze derniers mois de pleine activité.

Aucune reconstitution de salaire ne sera effectuée en raison d'une suspension du contrat de travail pour une autre raison qu'un arrêt de travail, un congé maternité ou un congé paternité (exemples : congé sabbatique, congé parental...). Seule la rémunération éventuellement perçue au cours des 12 derniers mois civils sera alors prise en compte.

Si le Participant est reconnu invalide au sens de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale et autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité à temps partiel, la rémunération partielle est complétée jusqu'à concurrence de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait travaillé à temps complet.

Le traitement de référence servant de base de calcul de la garantie Décès peut être revalorisé dans les conditions prévues à l'article ci-dessous en cas de décès survenant en cours d'arrêt de travail.

## QUELLES SONT LES MODALITÉS DE REVALORISATION DES PRESTATIONS PRÉVOYANCE ?

### Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (incapacité ou invalidité) peuvent être revalorisées annuellement au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de l'Institution.

La première revalorisation des prestations intervient le cas échéant le 1er juillet suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

En cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance, les prestations ne sont plus revalorisées et continuent d'être versées au niveau atteint à la date de résiliation.

### Revalorisation du capital décès

La revalorisation prévue à l'article précédent s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès pour les Participants en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue par le paragraphe ci-après.

### Revalorisation des prestations non réglées dite revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, celle mentionnée au contrat, qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente, est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Participant, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

## Risques exclus

**Ne donnent pas lieu à prise en charge, les sinistres qui résultent :**

- **du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le Participant a été couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;**
- **de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Participant y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;**
- **des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;**
- **des conséquences de la participation volontaire et violente du Participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;**
- **directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.**

## Déchéance – subrogation – fausse déclaration – prescription – contrôle médical

### DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire qui est condamné pour avoir volontairement donné la mort au Participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

### SUBROGATION

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

### FAUSSE DÉCLARATION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

### PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat collectif sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail ;
- dix ans concernant les garanties décès (capital) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du Participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers,

le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### CONTRÔLE MÉDICAL

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'il mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de son état. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Le Participant doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution jugera utile de lui demander pour apprécier son état. Il doit être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec son état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution auront le libre accès au Participant en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Le Participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical. A défaut et après mise en demeure, l'Institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

**La décision de l'Institution relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.**

**La décision est notifiée au Participant par lettre recommandée avec avis de réception.**

La contestation par le Participant des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, le Participant pourra se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre son médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'Institution et au Participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'Institution verse des prestations.

## Garanties Décès et annexes

### DÉFINITION DE LA SITUATION FAMILIALE

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte la situation familiale du participant, dûment justifiée.

Les personnes prises en compte sont le conjoint du Participant, les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint.

#### Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- l'époux (se) du Participant, non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- le concubin, personne vivant maritalement avec le participant sous le même toit, à condition que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :
  - le concubin et le participant soient tous les deux célibataires ou veufs ;
  - le concubinage est établi de façon notoire depuis plus de deux ans.

Cette condition de durée est supprimée lorsqu'un enfant est né de cette union.

#### Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du Participant reconnus, adoptés ou recueillis et ceux de son conjoint lorsqu'ils sont fiscalement à charge du Participant et sont :

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de 21 ans à 26 ans et :
  - poursuivent des études ;
  - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion », prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'état d'invalidité soit survenu avant le 26<sup>ème</sup> anniversaire ;
- nés dans les 300 jours suivant le décès du Participant.

Sont considérés comme fiscalement à charge du Participant, les enfants :



- pris en compte dans le calcul de l'impôt sur le revenu du Participant ;
- recevant du Participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci ;
- adoptés ou reconnus par le Participant, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint.

La situation de famille prise en considération est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours mentionné ci-dessus.

### BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du Participant, tel que défini au paragraphe intitulé « DEFINITION DU CONJOINT », à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, aux enfants vivants ou représentés du Participant, nés ou à naître, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants du Participant, par parts égales entre eux ou aux survivants d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Participant, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

Le Participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès, au moment de son affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le Participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

En cas de décès du Participant et du ou des bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Participant est présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

### GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES

#### Définition

En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant, un capital.

#### Montant

Le montant du capital est indiqué à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.

#### Règlement

Le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Institution qui règle sur quittance conjointe aux bénéficiaires, après justification de leur qualité de bénéficiaires et transmission de l'ensemble des pièces justificatives.

#### Conséquences sur les autres garanties

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le Participant, à l'exception de la garantie Double effet.

### GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

#### Définition

Le Participant est considéré comme étant en Invalidité absolue et définitive lorsqu'il cumule les conditions suivantes :

- reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie ou incapacité permanente de 100% au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le Participant est définitivement dans l'incapacité de se livrer à une activité professionnelle ;
- son état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.



Dans ce cas, le capital décès peut lui être versé par anticipation à compter de la consolidation de l'Invalidité absolue et définitive.

### Montant

Le montant du capital Invalidité Absolue et Définitive est identique à celui versé en cas de décès «toutes causes». Il est indiqué à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.

### Règlement

Le capital est versé en une seule fois au Participant ou au tuteur légal désigné.

### Conséquence sur les autres garanties

Le paiement de l'Invalidité Absolue et Définitive entraîne la cessation immédiate des garanties décès, dont bénéficiait le Participant, à l'exception le cas échéant de la garantie double effet. En particulier, le décès du Participant n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

## GARANTIE DOUBLE EFFET

### Définition

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant.

### Règlement

Ce capital est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Il est versé sous les conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint décède au plus tôt le jour du décès du Participant ;
- il n'est pas séparé de corps judiciairement au moment du décès du Participant ;
- il n'a pas encore atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension vieillesse ;
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du Participant ;
- le contrat est toujours en vigueur à la date de son décès.

### Montant

Le montant du capital Double effet est identique à celui versé en cas de « Décès toutes causes ». Il est défini à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.

## FRAIS D'OBSÈQUES

### Définition

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'une allocation couvrant tout ou partie des frais des obsèques du Participant.

### Montant

Le montant de l'allocation est fixé à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.

### Règlement

L'allocation est versée à la personne physique ayant supporté leurs frais à hauteur du montant de la facture des obsèques et dans la limite du montant garanti. Le solde éventuel est versé au conjoint du Participant, à défaut à ses enfants à charge tels que définis à la présente notice.

L'allocation est versée dans un délai maximum de trente jours ouvrés à compter de la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

## Garanties Incapacité de travail et Invalidité

### GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

#### Conditions de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, le participant perçoit, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, des indemnités journalières complémentaires.

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières par l'Institution, le participant qui suite à une maladie ou à un accident :

- se trouve, temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle ;
- perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- soit au titre de l'assurance maladie ;
- soit au titre de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- et qui ne fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par son employeur suite à un contrôle médical diligenté par ce dernier.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant de produire, pour constater son état d'incapacité et verser la prestation, un certificat médical établi par son médecin, ou de le soumettre à une expertise médicale.

### Montant des prestations

Les indemnités journalières sont calculées selon un taux appliqué au traitement de référence. Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales susceptibles de grever les prestations.

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion.

### Date d'effet des prestations

Le versement des prestations intervient soit :

- au terme du délai de franchise indiqué à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES. Cette franchise court à partir du premier jour d'arrêt de travail ;
- à la fin des garanties de maintien de salaire prévues dans l'accord collectif applicable à l'Adhérente.

### Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhérente tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour cette dernière de les reverser au participant, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au participant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

### Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- au 1096<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- à la date de fin du contrat de travail, sauf en cas de cumul emploi-retraite et sous réserve des dispositions du paragraphe « INCIDENCES DE LA RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT » ;

- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle.

### Rechute

Le participant qui se trouve à nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation de paiement des indemnités journalières complémentaires n'est pas soumis au délai de franchise, à la condition que le nouvel arrêt de travail résulte de la même cause que l'arrêt précédemment indemnisé. Il appartient au participant d'en apporter la preuve par certificat médical.

Les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail, et les éventuelles revalorisations restent acquises.

## GARANTIE INVALIDITÉ

### Définition

En cas d'incapacité permanente ou d'invalidité, l'Institution verse, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une prestation complétant la rente ou la pension servie par la Sécurité sociale.

### Invalidité d'origine non professionnelle

Le participant a droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque l'Institution reconnaît qu'il remplit les critères d'attribution fixés aux articles L341-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le classement par la Sécurité sociale du participant en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale. En application de cet article, les catégories d'invalidité sont définies comme suit :

- 1<sup>ère</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2<sup>ème</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3<sup>ème</sup> 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.

La rente versée par l'Institution est exprimée sous déduction ou en complément des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités indiquées à l'ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES.

### **Invalidité d'origine professionnelle**

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Il est précisé que si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- inférieur à 33 % aucune rente n'est servie,
- égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1<sup>ère</sup> catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie.

### **Modalités de versement des prestations**

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au participant, nette de toutes contributions sociales et d'impôt sur le revenu, après retenue à la source par l'Institution, sauf demande expresse de l'adhérent ou du participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

### **Cessation du versement des prestations**

La rente cesse d'être due :

- dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ;
- à la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- à la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque le participant voit son taux d'incapacité évoluer ou change de catégorie d'invalidité suite à une décision de la Sécurité sociale. Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de situation du participant.

### **PLAFONNEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations Incapacité ou Invalidité versées **par l'Institution en complément de celles de la Sécurité sociale, le cas échéant au titre d'un autre contrat d'assurance, ne peuvent procurer au Participant un revenu supérieur à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à exercer son activité.**

**De même, si le Participant reprend une activité partielle, le cumul de la rémunération et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait exercé son activité à temps complet.**

## **Déclaration des sinistres et pièces à fournir**

### **DÉCLARATION DES SINISTRES**

Le sinistre doit être déclaré à l'Institution à compter de sa survenance. Toute demande doit être accompagnée des justificatifs nécessaires, dont la liste figure au paragraphe ci-après. L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

### **QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR ?**

En complément de la demande de règlement de prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Demande de prestation en cas de :	Décès	IAD	Incapacité	Invalidité
<b>Documents justificatifs Concernant le sinistre et la situation de famille</b>				
Extrait d'acte de décès	•			
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence	•	•	•	•
Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			•	
Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)			•	•
Si rechute, certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection			•	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•			
Facture acquittée de frais d'obsèques	•			
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•		
Demande écrite du participant ou de son représentant légal		•		
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		•		•
Relevé d'identité bancaire	•	•	•	•
Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle			•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•			
Attestation de l'adhérent indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le participant ayant des employeurs multiples)			•	•
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•
Copie du livret de famille du participant	•	•		
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge <sup>1</sup>	•	•		
Certificat de vie <sup>1</sup>	•	•		
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle <sup>2</sup>	•	•		
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•			
Extrait d'acte de naissance justifiant du Pacte Civil de solidarité	•	•		
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•		
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas de d'accident	•	•		

## Annexe 1 : Tableau des garanties

Capital Décès toutes causes/Invalidité Absolue et Définitive	Montant En % du traitement de base limité à la tranche 1 (T1)				
	Régime de base	Option 1	Base + Option 1	Option 2	Base + Option 2
Quelle que soit la situation familiale	100 %	50 %	150 %	100 %	200 %
Majoration marié/pacsé/concubin	10 %	10 %	20 %	20 %	30 %
Majoration par enfant à charge	10 %	10 %	20 %	20 %	30 %
<b>Double effet <sup>1</sup></b>					
En cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui du Participant, à condition qu'il reste au moins un enfant à charge du conjoint lors de son décès	100 % du capital Décès toutes causes	100 % du capital Décès toutes causes	100 % du capital Décès toutes causes	100 % du capital Décès toutes causes	100 % du capital Décès toutes causes
<b>Frais d'obsèques</b>					
En cas de décès du Participant	100 % PMSS	-	100 % PMSS	-	100 % PMSS
<b>Incapacité de travail</b>					
Franchise	-	-	-	Relais mens-ualisation*	Relais mens-ualisation*
Montant (y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale)	-	-	-	70 %	70 %
<b>Invalidité</b>					
1 <sup>re</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)	-	42 %	42 %	42 %	42 %
2 <sup>e</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)	-	70 %	70 %	70 %	70 %
3 <sup>e</sup> catégorie (y compris la rente de la Sécurité sociale)	70 %	-	70 %	-	70 %

\* Après extinction totale des obligations de l'employeur pour le personnel ayant au moins un an d'ancienneté. Le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté n'est pas couvert par la garantie Incapacité de travail.

**T1** : Tranche 1 (part de la rémunération entre le premier euro et une fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale).  
**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au moment du décès.

## Annexe 2 : Protection des données personnelles

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;</li> <li>• la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;</li> <li>• la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;</li> <li>• l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;</li> <li>• l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;</li> <li>• la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.</li> </ul>	<p><b>Contrat d'assure santé et prévoyance</b> 5 ans à compter de la fin du contrat</p> <p>OU</p> <p><b>Contrat d'assurance vie</b> 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non réclamation du capital décès</p>
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>

1. Document à remettre annuellement pour les rentes.

2. Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou des personnes à charge du Participant.

## Destinataires

- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,
- les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires,
- les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité,
- les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux,
- les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants,
- s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat,
- s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat,
- s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs,
- les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir,
- les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

Concernant l'AGIRA :

- les gestionnaires du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric limitativement habilités et disposant de certificats individuels permettant d'accéder à la base de l'AGIRA,
- Les personnels habilités à intervenir dans la gestion des contrats d'assurance sur la vie.

- les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge,
- les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée,
- les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment,
- la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor,
- les autorités de contrôle compétentes,
- les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>la mise en place d'actions de prévention</li> </ul>	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>la gestion de notre relation commerciale</li> </ul>	<p><b>Pour les clients</b> : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><b>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle)</b> : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric</li> </ul>	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits</li> </ul>	<p><b>Pour les clients</b> : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><b>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle)</b> : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>



## Destinataires

- les personnels habilités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric,
  - les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric dans le cadre de l'exercice de leurs missions.
- les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques,
  - les services chargés du contrôle,
  - les sous-traitants et les partenaires,
  - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
- les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres,
  - les autres entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude,
  - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne,
  - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs,
  - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux,
  - le personnel habilité des sous-traitants,
  - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude,
  - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux,
  - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ;
  - les auxiliaires de justice et officiers ministériels,
  - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige,
  - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations,
  - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants,
  - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige,
  - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations,
  - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques,
  - les services chargés du contrôle,
  - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures,
  - les entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric,
  - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Consentement	• la prospection commerciale	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : <b>Pour les clients</b> : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale <b>Pour les prospects</b> : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect

## Destinataires

- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques,
- les services chargés du contrôle,
- les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures,
- les entités du Groupe KLESIA et Malakoff Médéric,
- les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

PROFESSIONNELS  
DES MÉTIERS  
DE SERVICES,  
VOUS PASSEZ TOUT  
VOTRE TEMPS  
À PRENDRE SOIN  
DES AUTRES.



ET VOUS ?  
QUI PREND SOIN  
DE VOUS ?

### Complémentaire Santé – Prévoyance – Retraite

C'est parce que nous connaissons si bien les commerces de proximité que nous sommes en mesure de vous apporter les solutions les plus adaptées à vos besoins. KLESIA, au service des entreprises de service depuis plus de 65 ans.

**KLÉSIA**  
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES

**KLESIA Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,  
située au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris

**Malakoff Médéric Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale  
située au 21 rue Laffitte 75009 Paris