

# Notice d'information Prévoyance

Régime décès - Incapacité - Invalidité

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023





# Sommaire

Régime de prévoyance.....	3
Décès - Invalidité absolue et définitive .....	4
Incapacité de travail - Invalidité .....	8
Dispositions communes .....	10

## Objet

Le présent régime a pour objet :

- au titre de la garantie décès, le versement de prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié,
- 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 12<sup>e</sup> des parties variables du salaire perçu au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

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 placés en activité partielle en application de l'art 522-1 du Code du travail, l'assiette de cotisations inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif.
- 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.

## Personnes à charge

### Définition du conjoint

Le conjoint est défini comme suit :

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

### Définition des enfants 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 à condition :

- qu'ils vivent sous le même toit que l'assuré, ou que l'assuré ou son conjoint 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, de qualification ou sont inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo demandeur d'emploi,
- ou, quel que soit l'âge s'ils perçoivent une des allocations adulte handicapé. 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, 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.

## Salariés expatriés

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

## 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.

# 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 de l'assuré, le versement d'un capital au profit des enfants ;
- en cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans, le versement d'une allocation d'obsèques.

## Désignation de(s) bénéficiaire(s)

Lors de son affiliation l'assuré complète une demande d'affiliation et désigne le ou les bénéficiaire(s) du capital décès.

Si l'assuré ne communique pas à l'organisme assureur une désignation particulière de bénéficiaire, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ;
- à défaut, au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, au concubin de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants directs de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'eux,
- au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires.

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 ainsi que son sur son Espace client. 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

## 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 Etrangères, 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.

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 reconnaît 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.**

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), une nouvelle désignation particulière devra nous être adressée par voie postale, ou complétée via l'Espace client.

**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.

## 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 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 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

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 et sans enfant à charge**	250 %	–
Marié, lié par un Pacs ou concubin, sans enfant à charge**	300 %	–
Célibataire, veuf, divorcé, marié, pacsé ou en concubinage avec un enfant à charge**	360 %	200 %
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 ou postérieur du conjoint)	+ 50 % des capitaux décès prévus pour l'option 1	
Allocation pour frais d'obsèques (en cas de décès de l'assuré, de son conjoint de son partenaire PACS, de son concubin ou d'un enfant à charge**)	75 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale***	
RENTE EDUCATION EN CAS DE DECES DU SALARIE (par an et par enfant à charge**) en % du salaire de réf. min = 1 PASS		
Par enfant à charge de moins de 11 ans	–	10%
Par enfant à charge de 11 ans à moins de 19 ans	–	15%
Par enfant à charge de 19 à moins de 21 ans (ou 26 ans si études)	–	20%
Au-delà de 21 ans, si l'enfant est handicapé ou reconnu invalide 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> catégorie, le privant de toute possibilité d'exercer une activité rémunérée, sans limite d'âge	–	Maintien de la dernière rente à 20%
Enfants orphelins de père et mère****	–	Doublement de la rente éducation

\* 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 1<sup>er</sup> janvier de l'année de survenance du décès.

\*\*\*\* En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin

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

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

### Décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions définies au paragraphe « Désignation de bénéficiaires » en cas de décès de l'assuré.

Le montant de ce capital décès est indiqué dans le tableau « Montant des prestations » ci-dessus. Celui-ci est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré au jour de son décès.

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 un ou aux enfants.

**L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier.**

**Ce versement le libère de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.**

### 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 3<sup>e</sup> 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

La garantie a pour objet de verser, en cas de décès du conjoint simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, un capital mentionné dans le tableau « Montant des prestations » ci-dessus.

Le capital sera versé :

- si le contrat est toujours en vigueur à la date du décès du conjoint,
- et s'il n'a pas liquidé sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif.

Si sa situation ne permet pas d'ouvrir droit à une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire, celle-ci est appréciée comme s'il avait exercé une activité professionnelle.

Est considéré comme :

- **simultané**, le décès du conjoint qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'assuré,
- **postérieur**, le décès du conjoint qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.



Bénéficient de la prestation par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des enfants à charge au jour du décès de l'assuré et qui sont à la charge du conjoint au jour de son décès selon les mêmes critères.

### Allocation pour frais d'obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation à la personne qui a engagé les frais d'obsèques de l'assuré, de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge de plus de 12 ans dont le montant figure dans le tableau « Montant des prestations » ci-avant.

**Aucune prestation n'est versée en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans ou d'une personne sous tutelle, curatelle ou placée en établissement psychiatrique.**

## Rentes

En plus des capitaux, une rente éducation, une rente handicap et une rente temporaire de conjoint peuvent être versées.

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.

### Rente éducation

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge, une rente éducation, en cas de décès de l'assuré.

Le montant de la rente est mentionné dans le tableau « Montant des prestations » ci-avant.

**La base de calcul des prestations au titre de la garantie rente éducation est au moins égale au plafond annuel de la Sécurité sociale.**

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant à charge, sur demande de ce dernier s'il en a la capacité juridique.

Elle prend effet au premier jour du mois suivant la date du décès de l'assuré et est payable mensuellement, à terme échu.

**Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire :**

- cesse d'être à charge,
- atteint l'âge fixé au paragraphe « Définition des enfants à charge »,
- décède.

En cas de rente progressive (le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire), la majoration intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

**Cette rente éducation est versée à titre viager sans limitation de durée pour les enfants handicapés et les enfants reconnus invalides 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie.**

**La rente éducation est doublée en cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint.**

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

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

### 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.

La rente handicap est versée trimestriellement et par avance.

**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), 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.

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

### Rente temporaire de conjoint

La garantie a pour objet de verser au conjoint survivant, une rente temporaire en cas de « décès toute cause » de l'assuré s'il remplit les conditions de versement de la rente.

Le montant des rentes est mentionné dans le tableau « Montant des prestations » ci-dessous.

**Le versement de la rente est conditionné chaque année par la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire que sa situation de famille n'a pas évolué (non re mariage ou absence de Pacs ou concubinage).**

Cette déclaration est accompagnée d'un extrait d'acte de naissance complet datant de moins de trois mois ou d'une copie de l'avis d'imposition.

La rente temporaire de conjoint est versée si à la date du décès de l'assuré :

- l'époux ou l'épouse survivant(e) ne remplit pas les conditions d'attribution de la pension de réversion du régime de retraite unifié AGIRC-ARRCO.
- le partenaire lié par un pacs ou le concubin n'a pas atteint l'âge auquel il aurait pu prétendre à ladite réversion s'il avait été marié avec l'assuré.

La garantie prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le décès de l'assuré.

La rente est payable par trimestre civil à terme échu.

**Elle cesse à la fin du trimestre au cours duquel :**

- le conjoint peut prétendre à la pension du régime de retraite unifié AGIRC – ARRCO,
- le bénéficiaire de la rente se marie, conclut un pacs, atteste de sa situation de concubinage,
- en cas de décès du bénéficiaire.

	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.

## Montant des prestations

### Capital décès toutes causes\*

### Capital décès accidentel

### Garanties exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence TA TB

Choix entre 4 options facultatives

+ 100 %

+ 200 %

+ 300 %

+ 400 %

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.

## Conditions de souscription

Garanties	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*			
	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	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant l'événement	Avec formalités médicales 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation de la demande	À tout moment	1 <sup>er</sup> 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.

## 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 ;
- 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.

### 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 intérêt de plein droit au double du taux légal durant deux mois puis l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

## 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 et les maladies professionnelles.

## Délai de carence

**Les prestations sont versées à l'issue du maintien de salaire total par l'employeur.**

Les prestations sont versées sous déduction du salaire maintenu par l'employeur au titre des obligations conventionnelles et des indemnités de la Sécurité sociale.

**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 46<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu.**

## Incapacité temporaire de travail

Tout assuré cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

Le montant des indemnités journalières est fonction de la situation de famille de l'assuré et est calculé :

- en pourcentage du salaire annuel de référence (SAR) défini au contrat, divisé par 365,

et

- sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale et du salaire éventuellement maintenu par l'employeur.

La garantie peut compléter le salaire partiel que l'employeur maintient dans le cadre de la convention collective.

Les assurés bénéficiant d'un temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'une maladie ou accident ou en travail aménagé ou à temps partiel à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle sont pris en charge sous réserve que pendant cette période l'assuré perçoive une rémunération de son activité réduite versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Dans ce cas, le montant des indemnités journalières complémentaires est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale, et du salaire brut versé par l'employeur à l'assuré au titre de son activité.

Les assurés bénéficiant d'une indemnité temporaire d'incapacité de travail versée par la Sécurité sociale conformément aux articles L433-1 alinéa 5, et D433-2 à D433-8 du Code de la Sécurité sociale

bénéficient de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail dans les mêmes conditions.

Toutefois, pour le calcul de la prestation ainsi que pour la règle de cumul, l'indemnité temporaire d'incapacité de travail servie par la Sécurité sociale se substitue à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale.

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées à l'employeur et deviennent un élément de salaire, l'organisme assureur étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'assuré.

Après rupture ou cessation du contrat de travail, le montant des prestations est versé directement à l'assuré et fera l'objet des prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

## Montant des prestations

Les indemnités journalières sont calculées en pourcentage du salaire annuel de référence (SAR) (voir définition paragraphe « Salaire mensuel de référence et Salaire annuel de référence ») divisée par 365 et sont fonction de la situation de famille.

Elles viennent sous déduction des indemnités de la Sécurité sociale, du salaire éventuellement maintenu par l'employeur au titre des obligations conventionnelles et le cas échéant, des allocations versées par le Pôle Emploi.

Nombre de jours et situation de famille	En pourcentage du 365 <sup>ème</sup> du salaire annuel de référence (SAR)
Jusqu'à 180 jours	100% limité au net
Au-delà de 180 jours et jusqu'à expiration des droits à IJSS	
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 indemnités journalières 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'à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.
- jusqu'au décès de l'assuré ;



## 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 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie par la Sécurité sociale :
  - Invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
  - Invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
  - Invalidité de 3<sup>e</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,
- 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 50 % est assimilée à une invalidité permanente de 1<sup>re</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50 %, l'assimilation est faite à une invalidité permanente de 2<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

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

## Montant des prestations

Situation de l'invalidité	Pourcentage du SAR
1 <sup>ère</sup> 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* <b>(maximum 3 enfants)</b>
En cas de reprise d'activité à temps partiel **	75 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* <b>(maximum 3 enfants)</b>
2 <sup>ème</sup> catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) d'un taux supérieur ou égal à 50%	80 % avec une majoration de 5 % par enfant à charge* <b>(maximum 3 enfants)</b>
3 <sup>ème</sup> catégorie ou rente accident du travail (ou maladie professionnelle) avec allocation pour tierce personne	100 %

\* En application de la définition des enfants à charge dans le paragraphe «Personnes à charge» et pour les arrêts de travail, à charge au moment de l'arrêt de travail et en cours d'indemnisation

\*\* Reprise partielle d'activité :

**Lorsque l'assuré reprend, avec l'accord de la Sécurité sociale, une activité à temps partiel au sein du souscripteur THALES, 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.**

La rente 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.

### 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.

### Risques exclus

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 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 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 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 ;
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

En outre, sont exclus des garanties Décès accidentel et Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle, Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :

- 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 événements, 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, matches, 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.
- 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, matches, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

### Revalorisations

#### Revalorisation des prestations décès

À compter de la date du décès et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement de la prestation et définie au titre VIII « Pièces justificatives », la prestation, 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 (loi Eckert).

#### Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations de base peuvent être revalorisées au 1er janvier qui suit la date anniversaire de la prestation, et ensuite tous les ans à cette même date, en fonction de la variation du point de retraite unifié Agirc-Arrco constatée entre la date d'effet de l'arrêt de travail ou de la rente, **dans la limite du montant du fonds de revalorisation de l'organisme assureur créé à cet effet.**

Sont concernées :

- La rente éducation
- La rente de conjoint
- Les indemnités journalières
- La rente d'invalidité

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

### Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- du fait de la rupture du contrat de travail, à l'exception des périodes de portabilité ;
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail, à l'exception des périodes de maintien ;
- du fait de la liquidation, par le salarié, de sa pension de retraite, sauf en cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul emploi-retraite ou en cas de retraite progressive ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de résiliation du contrat.

### Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties pour tous les assurés sous réserve des dispositions ci-après.

L'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat est dû.

Quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, le souscripteur doit en informer l'ensemble des assurés.

## Assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin »)

Les assurés concernés peuvent demander à l'organisme assureur dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation du contrat à bénéficier de garanties à titre individuel. Ce maintien est accordé moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

### Prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire de travail – invalidité permanente, rente de conjoint et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation et cessent d'être revalorisées.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

### Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

Les garanties décès sont maintenues aux assurés se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail ou en invalidité à l'exception des garanties liées au décès d'une autre personne que l'assuré (double effet, frais d'obsèques, prédécès du conjoint et la majoration orphelin prévue à la garantie rente éducation).

Le maintien de ces garanties porte sur la base de calcul des prestations, revalorisée conformément au paragraphe « Revalorisation » jusqu'à la date de résiliation du contrat.

**Ce maintien de garantie cesse dès que les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité cessent elles-mêmes.**

**Toutefois, si la garantie incapacité temporaire de travail – invalidité permanente est souscrite chez un autre organisme assureur le maintien de la garantie décès est subordonné à la fourniture de la preuve de la couverture effective de l'arrêt de travail. Ce justificatif doit être fourni au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de résiliation. A défaut, les garanties décès ne seront pas maintenues.**

## 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.

Le salarié effectue sa demande de maintien de garanties via le formulaire mis à sa disposition sur son Espace Client. Les justificatifs de prolongation de droits à la portabilité seront à transmettre tous les trois mois selon les mêmes modalités.

### 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

### En période de réserves militaires ou policières

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

**Les garanties décès complémentaires facultatives ne sont pas maintenues.**

**Les réservistes sont couverts en cas de décès intervenu dans l'exercice légal et normal de leur mission de réserviste.**

### En cas de suspension du contrat de travail rémunéré

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

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le souscripteur,

ou

- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

### En cas de suspension du contrat de travail non rémunéré

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

Par ailleurs, au-delà de cette période, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties Décès souscrites à la date d'effet de la suspension de leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

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

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Les garanties incapacité invalidité ne s'appliquent que si la Sécurité sociale verse des prestations à ce titre à l'assuré concerné.

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

Par ailleurs, le cas échéant, l'assuré doit demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive **dans les conditions définies à la notice d'information spécifique.**

**Si l'assuré ne demande pas le maintien de ses garanties, elles seront suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.**

### Maintien 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 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.

### 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.

## Recours subrogatoire

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

**L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.**

## Déchéance de garantie au sinistre

**L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :**

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

**Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.**

## Délai de prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration 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

En cas de difficultés dans l'application du contrat l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.



Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée par mail à :

reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

ou par courrier à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

## Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que : Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

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

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

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

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

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

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

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

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

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

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en

cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

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

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

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

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

### Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers :

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

## Vos contacts utiles Malakoff Humanis

### Une question sur votre contrat ?

Espace client : [www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)  
Téléphone : **0969 39 74 74** (appel non surtaxé)  
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h  
  
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 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

