

Convention Collective Nationale des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (dite « ÉCLAT ») du 28 juin 1988 (IDCC 1518), à laquelle est rattachée la CCN de la Fédération nationale des associations Familles rurales (IDCC 1031), et la CCN des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique (IDCC 3203)

Régime conventionnel
de Prévoyance

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2027

Personnel Cadre

Sommaire

Présentation	4
Tableaux de garanties	5
Décès ou invalidité permanente et absolue	5
Arrêt de travail	6
Garanties Décès	7
Capital décès toutes causes.....	7
Invalidité permanente et absolue.....	8
Rente d'éducation (OCIRP et OCIRP VIE)	9
Rente de survie handicap (OCIRP et OCIRP VIE).....	9
Frais d'obsèques	10
Exclusions - Déchéances	10
Garanties arrêt de travail	12
Maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale .	12
Incapacité temporaire de travail	13
Invalidité et incapacité permanente professionnelle.....	14
Règle de cumul des prestations arrêt de travail	15
Exclusions - Déchéances	15
Dispositions générales	17
Début des garanties.....	17
Cessation des garanties	17
Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties	17
Maintien des garanties	18
Salaire de référence	20
Revalorisation	21
Exonération des cotisations.....	21
Définitions du conjoint et des enfants à charge.....	22
Prescription.....	23
Justificatifs	23
Contrôle par l'organisme assureur	26
Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale	26
Litiges médicaux	27
Fausse déclaration intentionnelle	27
Subrogation	27
Territorialité	27
Autorité de contrôle des organismes assureurs	28
Protection des données à caractère personnel	28
Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales	29
Renseignements - Réclamation et Litige - Médiation.....	30
Prise en compte de la loi n° 2014-617 du 13.06.2014 dite « Loi Eckert »	31
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	32

Annexe 1 : Liste et contacts des assureurs.....	33
Annexe 2 : Attestation de réception de la notice d'information	36
Annexe 3 : Echanges dématérialisés	37

Présentation

Votre employeur, ci-après dénommé « souscripteur », qui relève du champ d'application de la Convention collective nationale visée en 1^{re} page, a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire (dit contrat d'assurance) au profit de :

- son personnel cadre, à savoir le personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ainsi que le personnel « intégré » à la catégorie des « cadres » tel que défini dans l'avenant n° 212 susvisé.

Ce contrat d'assurance couvre les risques :

- en cas d'arrêt de travail ;
- en cas de décès ou d'invalidité permanente absolue.

Pour les garanties Maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, Incapacité temporaire de travail, Invalidité/incapacité permanente professionnelle, ainsi que pour les garanties Capital décès toutes causes/invalidité permanente et absolue, Frais d'obsèques, les organismes assureurs sont les suivants :

- **AG2R Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale ;
- **MUTEX**, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances ;
- **AESIO MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité ;
- **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Pour les garanties Rente d'éducation et Rente de survie handicap, l'organisme assureur est le suivant :

- **OCIRP**, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale ;
- **OCIRP VIE**, Société Anonyme au capital de 26 192 964 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, entreprise régie par le Code des assurances.

AG2R Prévoyance, APICIL Prévoyance, AESIO MUTUELLE / MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE et MUTEX gèrent, par délégation, les garanties Rente d'éducation et Rente de survie handicap assurées par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP et OCIRP VIE).

L'organisme assureur auprès duquel votre employeur a souscrit le contrat est votre interlocuteur, ainsi que celui de votre employeur.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous informer en vous remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi(e) à cet effet par les organismes assureurs.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à votre employeur. À cet effet, votre employeur vous fera signer une attestation de réception de la notice d'information ou de ces modifications qu'il conservera et mettra si nécessaire à la disposition des organismes assureurs.

Tableaux de garanties

Décès ou invalidité permanente et absolue

Nature des garanties		Prestations de l'organisme assureur
Capital décès toutes causes		
Quelle que soit la situation de famille		300 % du SR (T1) + 100 % du SR (T2)
Invalidité permanente et absolue		
Versement par anticipation		100 % du capital décès
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)		
- Jusqu'au 18 ^e anniversaire (sans condition)		12 % du SR (T1 + T2) Minimum de 3 000€ par an ⁽¹⁾
- Du 18 ^e au 26 ^e anniversaire (sous conditions) - Quel que soit son âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21 ^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2 ^e ou 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention "invalidité"		15 % du SR (T1 + T2) Minimum de 3 700€ par an ⁽¹⁾
En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, le montant de la rente dont bénéficie l'enfant à charge est doublé		
Rente de survie handicap (viagère) OCIRP		
Si présence d'un enfant en situation de handicap		350 € par mois
Frais d'obsèques en cas de décès de l'assuré		
Versement dans la limite des frais engagés		100 % du PMSS

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

SR = Salaire de référence. T1 = Tranche 1. T2 = Tranche 2.

(1) Les montants plancher mentionnés sont fixés, pour la période du 1^{er} janvier 2027 au 31 décembre 2031. Ils constituent des montants minimum pouvant être réajustés le cas échéant à la hausse sur la période.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations de l'organisme assureur
Maintien de salaire pour le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
Maladie / accident de la vie privée : - Du 4 ^e au 90 ^e jour d'arrêt de travail ⁽²⁾	50 % du SR (T1 + T2) ⁽⁴⁾
Maternité / Adoption - du 1 ^{er} jour au 112 ^e jour d'arrêt de travail ⁽³⁾	50 % du SR (T1 + T2) ⁽⁴⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière ⁽⁵⁾	
Du 91 ^e jour d'arrêt de travail (discontinu ou non) et jusqu'au 1095 ^e jour au plus tard	87 % du SR (T1 + T2) ⁽⁶⁾
Invalidité : rente annuelle ⁽⁵⁾	
1 ^{re} catégorie	50,4 % du SR (T1 + T2) ⁽⁶⁾
2 ^e ou 3 ^e catégorie	84 % du SR (T1 + T2) ⁽⁶⁾
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle ⁽⁵⁾	
Taux d'incapacité compris entre 33 % inclus et moins de 66 %	3/2 N x 84 % du SR (T1 + T2) ⁽⁶⁾
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	84 % du SR (T1 + T2) ⁽⁶⁾

N = Taux d'incapacité permanente professionnelle.

SR = Salaire de référence. T1 = Tranche 1. T2 = Tranche 2.

(1) Les bénéficiaires de cette garantie sont les salariés en arrêt de travail, pour cause de maladie ou d'accident de la vie courante ou pour cause de congés maternité ou d'adoption :

- dès lors qu'ils n'ouvrent pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé ou durée d'immatriculation insuffisants),

- mais qui remplissent les conditions pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur au titre de la Convention collective nationale ECLAT.

Dans tous les cas, il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée totale indemnisée ne dépasse pas celle citée au titre de la garantie en fonction de la nature de l'arrêt.

(2) Maintien de salaire régime local Alsace-Moselle :

Ces dispositions seront adaptées quant à l'indemnisation des absences pour maladie ou accident des salariés qui relèvent du droit local d'Alsace-Moselle (Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin) pour tenir compte des articles L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail, qui prévoient des dispositions particulières pour ces salariés, avec l'absence de délai de carence.

(3) Maternité :

Dans les situations suivantes, l'indemnisation en cas de maternité est portée à :

Si l'assuré attend un enfant et a déjà au moins deux enfants à sa charge	182 jours	50% T1/T2 brut (4)
Si l'assuré attend des jumeaux	238 jours	
Si l'assuré attend des triplés ou plus	322 jours	

(4) En aucun cas, le cumul de ces prestations (du contrat d'assurance, d'un éventuel salaire de l'employeur et complément d'un quelconque revenu de substitution) ne peut conduire à verser plus que la rémunération nette que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler.

(5) Les bénéficiaires sont les salariés ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale pour incapacité (suite maladie ou accident), invalidité, incapacité permanente professionnelle selon les garanties visées ainsi que, pour les garanties incapacité (suite maladie ou accident) et invalidité, les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par la Sécurité sociale, après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur déterminé selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

(6) Y compris les prestations de la Sécurité sociale brutes de prélèvements sociaux, reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale).

Les prestations sont calculées dans la limite de la règle de cumul des prestations/revenus perçus par le salarié (limitation au net d'activité).

Garanties Décès

Capital décès toutes causes

Objet de la garantie

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur verse en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé au tableau des garanties.

Bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires du capital dû lors du décès de l'assuré sont tout d'abord la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint lié à l'assuré par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé de corps ou non divorcé par un jugement définitif, ou au partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut, à ses enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses petits-enfants par parts égales ;
- à défaut au concubin notoire ;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales entre eux, ou au survivant de l'un d'entre eux ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers de l'assuré selon la répartition en vigueur conformément aux principes de droit de successions.

Le concubin notoire est la personne vivant avec l'assuré en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

Il est précisé que l'assuré peut, à tout moment, faire une désignation différente selon les modalités définies ci-après, à condition que le (ou les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance.

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable,
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et l'organisme assureur.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat d'assurance, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

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

Cette désignation particulière peut être établie :

- sur support papier, au moyen d'un formulaire de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès lorsque celui-ci est transmis à l'assuré par l'organisme assureur ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;
- par le formulaire en ligne de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès, accessible sur le site internet de l'organisme assureur si cette possibilité est ouverte pour l'assuré.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut préciser les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'organisme assureur en cas de décès de celui-ci.

Il peut modifier cette désignation contractuelle à tout moment, tant que le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas accepté le bénéfice de la prestation avec l'accord de l'assuré selon les modalités rappelées ci-dessus, et ce, pendant la période d'assurance en indiquant, par écrit, à l'organisme assureur, le ou les nouveaux bénéficiaires. Le changement de bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'organisme assureur a reçu notification du changement. Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'organisme assureur est inopposable à celui-ci.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision des pourcentages de capital affecté à chacun des bénéficiaires, le capital dû est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés. En cas de décès de l'un des bénéficiaires, le capital est réparti par parts égales entre les bénéficiaires survivants.

Invalidité permanente et absolue

Objet de la garantie

Invalidité permanente et absolue

L'invalidité permanente et absolue (IPA) s'entend de la reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de 3^{ème} catégorie, laquelle ouvre droit au versement de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) par la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne remplissant pas les conditions pour y ouvrir droit par la Sécurité sociale, en raison de cotisations ou d'heures cotisées insuffisantes, l'invalidité de 3^{ème} catégorie est déterminée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

La preuve de l'invalidité permanente et absolue incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration par un rapport médical détaillé indiquant notamment l'origine de la maladie, son évolution et les causes qui ont provoqué l'état d'invalidité permanente et absolue.

Si l'assuré est atteint, d'une invalidité permanente et absolue reconnue par l'organisme assureur, il peut lui être versé par anticipation à sa demande, le capital prévu en cas de décès toutes causes, ainsi que la rente d'éducation définie ci-après.

L'organisme assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale qu'il jugerait utile pour apprécier l'état d'invalidité ou pour contrôler cet état.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité permanente et absolue du capital décès toutes causes met fin à la garantie décès toutes causes.

Bénéficiaires de la garantie

En cas d'invalidité permanente et absolue, la prestation prévue au tableau des garanties est versée à l'assuré lui-même.

Rente d'éducation (OCIRP et OCIRP VIE)

Objet de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue d'un assuré, il est versé une rente **temporaire** dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties au profit de chaque enfant à charge.

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré, le montant de la rente d'éducation est doublé.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité permanente et absolue des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie, en cas de décès de l'assuré.

La qualité d'enfant à charge est appréciée au jour du sinistre.

Bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires de la rente éducation sont le ou les enfants à charge de l'assuré tels que définis au paragraphe « Définitions des enfants à charge » de la présente notice.

Conditions de règlement

La rente est payable par trimestre civil et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès ou l'invalidité permanente et absolue de l'assuré et sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Le montant varie en fonction de l'âge de l'enfant, la rente est dite alors « progressive par palier ». Les paliers sont définis en fonction de l'âge de l'enfant. Un palier court du lendemain de la date du décès ou de l'invalidité permanente et absolue de l'assuré, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite indiqué au tableau des garanties.

En cas du décès ou d'invalidité permanente et absolue de l'assuré, la rente d'éducation susvisée est versée à chaque enfant à charge et sans limite d'âge, en cas d'invalidité de l'enfant reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité ».

La rente d'éducation est versée aux enfants à charge ou à leur représentant légal. Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Cessation des règlements

Les rentes éducation cessent d'être versées :

- **à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne répond plus à la définition d'enfant à charge au sens des dispositions prévues (voir au paragraphe « Définitions des enfants à charge » de la présente notice) ;**
- **à la date de décès du bénéficiaire, sans arrérages pour la période écoulée depuis la dernière échéance.**

Par dérogation, le versement des prestations peut être repris si l'enfant réunit de nouveau les conditions d'ouverture de droits. **Cette disposition ne peut en tout état de cause s'appliquer qu'une seule fois.**

Rente de survie handicap (OCIRP et OCIRP VIE)

Objet de la garantie

En cas de décès d'un assuré et en présence d'un enfant reconnu handicapé à charge, l'organisme assureur verse une rente survie viagère dont le montant mensuel est fixé au tableau de garanties.

Bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires de la rente survie handicap sont le ou les enfants à charge de l'assuré au moment du décès, reconnu(s) handicapé(s), tel(s) que défini(s) ci-après.

Pour le bénéfice de la rente de survie handicap, par enfant handicapé, il faut entendre l'enfant dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septième 1° du Code général des impôts. Pour justifier du handicap, l'enfant doit notamment être reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) comme étant en situation de handicap à charge de l'assuré ou de son conjoint, à la date du décès de l'assuré.

Conditions de règlement

La rente est payable par trimestre et d'avance à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès de l'assuré et sous réserve de la réception par l'organisme assureur des pièces justificatives visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir indiquées dans la présente notice.

La rente de survie handicap est versée à l'enfant reconnu handicapé ou à son représentant légal.

Cessation des règlements

Les rentes survie handicap cessent d'être versées à la date de décès du bénéficiaire, sans arrérages pour la période écoulée depuis la dernière échéance.

Frais d'obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation forfaitaire en cas de décès de l'assuré dont le montant, indiqué au tableau des garanties (dans la limite des frais réels engagés).

L'allocation est versée à la(aux) personnes ayant assuré le paiement des frais d'obsèques sur présentation d'une facture originale acquittée.

Exclusions - Déchéances

Sont exclus de la garantie décès :

- en cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;

Le décès survenant à la suite d'un accident d'aviation n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil pourvu d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable (le pilote pouvant être l'assuré lui-même).

Sont exclus des frais d'obsèques les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- d'agressions commises par l'assuré, de luttes ou rixes auxquelles participe l'assuré sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que l'assuré y participe ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

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

Garanties arrêt de travail

Maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale

Objet et conditions de garantie

En cas d'arrêt de travail de l'assuré pour cause de maladie ou d'accident de la vie courante, ou en cas de congés maternité ou d'adoption visant un assuré :

- n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé ou durée d'immatriculation insuffisants),
- mais remplissant les conditions pour bénéficier du maintien de salaire par l'employeur au titre de la Convention Collective Nationale ÉCLAT élargie,

l'organisme assureur verse, au titre du contrat d'assurance des indemnités journalières dont le montant est défini au tableau de garanties.

Point de départ, durée et cessation du paiement des prestations de « maintien de salaire »

Le point de départ et la durée d'indemnisation varient suivant la nature de l'arrêt :

- En cas d'arrêt pour maladie ou accident de la vie courante de l'assuré prescrit médicalement, présenté à la Sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures exigées par la Sécurité sociale, la prestation est versée par l'organisme assureur **à compter du 4^e jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 90^e jour** sur présentation des pièces exigées (prescription originale, refus d'indemnisation originale du régime d'Assurance maladie) et éventuel contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur. Conformément aux règles spécifiques du régime de Sécurité sociale local d'Alsace-Moselle, du fait de l'absence de délai de carence, les indemnités prévues dans le présent alinéa sont versées **dès le 1^{er} jour d'absence pour les assurés ressortissants du régime local**.
- En cas de congé lié à la maternité de l'assuré prescrit médicalement ainsi qu'en cas de congé d'adoption, présenté à la Sécurité sociale et non pris en charge pour indemnisation du régime général car ne répondant pas aux conditions de cotisations ou d'heures (ou d'immatriculation) exigées par la Sécurité sociale, la prestation est versée **à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et ce jusqu'au 112^e jour**.

Dans le cas du congé de maternité, cette durée est portée :

- à 182 jours, si l'assuré attend un enfant et a déjà au moins deux enfants à charge,
- à 238 jours, si l'assuré attend des jumeaux,
- à 322 jours, si l'assuré attend des triplés ou plus.

Dans tous les cas, il sera tenu compte des jours indemnités au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée totale indemnifiée ne dépasse pas celle citée ci-dessus.

Le versement des indemnités journalières de « Maintien de Salaire » cesse également à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- **lors de la reprise du travail ;**
- **sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur lorsque les conditions ne sont plus remplies pour bénéficier des présentes prestations ;**
- **à la liquidation de la pension vieillesse servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite selon la réglementation en vigueur) ;**
- **en cas de décès de l'assuré.**

Versement des Indemnités

Lorsque les conditions visées ci-dessus sont remplies et sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, le paiement des indemnités journalières de « Maintien de Salaire » est effectué mensuellement par l'organisme assureur au souscripteur pendant la durée d'indemnisation.

En aucun cas, le cumul de prestations (du contrat d'assurance, d'un éventuel salaire de l'employeur et d'un quelconque revenu de substitution) ne peut conduire à verser plus que la rémunération nette que l'assuré aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Incapacité temporaire de travail

Objet et conditions de garantie

En cas d'arrêt de travail d'un assuré, consécutif à une maladie ou un accident, pris en charge au titre de l'assurance maladie (art. L.323-1 et suivant du code de la Sécurité sociale) ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (art. L.433-1 et suivant du code de la Sécurité sociale), ou en présence d'un arrêt de travail pour maladie ou accident d'un assuré non indemnisé par la Sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie et après avis du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, il sera versé à l'assuré une prestation brute dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties, y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale brutes de CSG et CRDS (reconstituées de manière théorique pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la Sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale) et l'éventuel maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur.

Cessation du paiement des prestations

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- **lors de la reprise du travail ;**
- **lors de la mise en invalidité par la Sécurité sociale, ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les assurés n'y ouvrant pas droit ;**
- **à la liquidation de la pension de vieillesse de l'assuré servie par le régime général de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi-retraite selon la réglementation en vigueur) ;**
- **en cas de décès de l'assuré.**

En tout état de cause, les prestations ne peuvent continuer à être servies par l'organisme assureur au-delà du 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ou en cas de cessation du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières (ou sur décision du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur pour les assurés n'y ouvrant pas droit).

Versement des indemnités journalières complémentaires

Le paiement des indemnités journalières complémentaires est effectué en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale ou selon les modalités communiquées par l'organisme assureur (mensuellement) à l'employeur pour le compte de l'assuré ou directement à l'assuré si celui-ci n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise, sous réserve de la réception par l'organisme assureur de l'ensemble des pièces justificatives.

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à l'issue d'une **franchise globale de 90 jours d'arrêt de travail discontinu ou non.**

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par la Sécurité sociale, et prises en charge ou non par le contrat d'assurance, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 90 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

À l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires sont versées même si la Sécurité sociale ne verse pas elle-même ses prestations (lorsque l'arrêt n'ouvre pas droit à prise en charge pour les assurés ne remplissant pas les conditions requises pour y ouvrir droit ou lorsqu'il est fait application du délai de carence de trois jours). Dans ce cas, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat d'assurance.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées dans les conditions définies par le contrat d'assurance.

Invalidité et incapacité permanente professionnelle

Objet et conditions de la garantie

En cas d'invalidité de l'assuré reconnue par la Sécurité sociale (ou pour les assurés non indemnisés par la Sécurité sociale car ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en terme de cotisations ou d'heures cotisées pour être pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie, après accord du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur), ou en cas d'incapacité permanente professionnelle au titre de la législation sur les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles **d'un taux égal ou supérieur à 33 %**, il sera versé par l'organisme assureur une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle à l'assuré.

Le montant de la rente d'invalidité versé par l'organisme assureur est fonction de la catégorie d'invalidité définie ci-après, visée à l'article L.341.4 du code de la Sécurité sociale :

- 1^{re} catégorie : Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
- 2^e catégorie : Invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque
- 3^e catégorie : Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Montant des rentes complémentaires

Lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle **d'un taux égal ou supérieur à 33 %** de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente, en fonction de la catégorie d'invalidité, dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties.

Le montant de la rente s'entend y compris la prestation de la Sécurité sociale, brute de prélèvements sociaux (CSG, CRDS et CASA), reconstituée de manière théorique pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en termes de cotisations ou d'heures cotisées pour être indemnisés par la Sécurité sociale ou cotisant sur une base forfaitaire de Sécurité sociale, ainsi que de tout autre revenu.

La prestation complémentaire est servie dans la limite de la règle de cumul mentionnée ci-après.

La rente prend effet à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré, égale ou supérieure à 33 %, par la Sécurité sociale ou par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur lorsque l'assuré n'est pas indemnisé par la Sécurité sociale (date d'effet de la notification).

Cessation du paiement des prestations

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

- cessation du versement par la Sécurité sociale des rentes,
- prise d'effet d'une pension de retraite servie par le régime général de la Sécurité sociale,
- au décès de l'assuré.

Par ailleurs, le service des prestations cesse dès lors que l'assuré indemnisé ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, notamment en cas de contrôle médical, ou à l'initiative du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur s'agissant de l'état d'invalidité.

Versement de la rente complémentaire

Les prestations prévues en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées directement à l'assuré.

Le paiement de la rente est effectué par l'organisme assureur directement à l'assuré, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de reconnaissance de l'état d'invalidité de l'assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Règle de cumul des prestations arrêt de travail

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale brutes de prélèvements sociaux (CSG-CRDS et CASA) reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures travaillé ou montant de cotisation réglé insuffisant) et celles versées par l'organisme assureur ainsi que tout autre revenu (notamment salaire temps partiel, indemnités de chômage ou un quelconque revenu de substitution), ne pourra conduire l'intéressé à percevoir :

- une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité professionnelle, et ce, en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- une rémunération nette supérieure à la rémunération de base qui existait à la date de l'arrêt de travail, et revalorisée selon les conditions fixées par l'organisme assureur, et ce, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

La rémunération nette s'entend de son montant net avant toute éventuelle imposition à la source.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'organisme assureur, pourra être réduite en conséquence.

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

Exclusions - Déchéances

Sont exclus des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité/incapacité permanente professionnelle :

- les accidents et maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire du contrat et ceux qui résultent de tentatives de suicide, mutilations volontaires ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant ;
- les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris (sauf compétitions sportives normales) ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, de complot, de grève ou de mouvement populaire ;
- les accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération des particules atomiques ;
- les rixes, sauf le cas de légitime défense ;
- le congé de maternité.

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

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

Dispositions générales

Début des garanties

- À la date de prise d'effet du contrat d'assurance souscrit par l'employeur, si le salarié est présent à l'effectif à cette date ;
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat.

Cessation des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu par la présente notice d'information, les garanties du contrat d'assurance cessent :

- soit à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus aux effectifs de l'entreprise (démission, licenciement, terme du contrat de travail, etc.) ;
- soit à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite selon la réglementation en vigueur) ;
- soit à la date d'effet de la radiation du contrat d'assurance ;
- soit à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie de personnel assurée.

Les garanties cessent également lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Conséquences de la suspension du contrat de travail sur les garanties

Suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties

Les garanties définies au contrat d'assurance sont maintenues pour les assurés dont le contrat de travail est suspendu et ce pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit de prestations en espèces de la Sécurité sociale et/ou de prestations complémentaires en application du contrat d'assurance ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits, ainsi que de toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité, ...).

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse la même contribution calculée comme pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation. Ces modalités de financement s'appliquent, sauf cas de dispense de cotisation (voir au paragraphe « Exonération des cotisations »).

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail de l'assuré dans des cas autres que ceux visés ci-dessus, les garanties sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
- congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;

- congé sans solde, tel que convenu après accord entre le souscripteur et l'assuré ;
- congé du proche aidant ou de solidarité familiale ;

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.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les événements (décès, arrêts de travail ...) survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Maintien des garanties

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Conditions au maintien de l'affiliation

Bénéficiaire d'un maintien des garanties de prévoyance, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'assurance.

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du contrat d'assurance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail ;
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Il incombe au souscripteur d'informer l'ancien salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par le souscripteur, le maintien des garanties est applicable 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 nombre 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 de l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France, de décès) ;**
- **en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;**
- **en cas de résiliation du contrat d'assurance (sauf cas des assurés confrontés à une situation de procédures collectives, visés ci-après).**

Obligations déclaratives

Le souscripteur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants-droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande de l'assuré et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si l'assuré a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

Garanties

L'ancien salarié bénéficie des garanties applicables lors de la cessation de son contrat de travail.

Les garanties prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

Le salaire de référence reste constitué par la rémunération définie dans la présente notice, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail**. La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'ancien salarié ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières complémentaires versé par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat d'assurance sont opposables à l'ancien salarié. Le souscripteur s'engage à informer l'ancien salarié de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat d'assurance, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. À ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Cas des salariés confrontés à une situation de procédures collectives

Le contrat d'assurance subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur et les salariés bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues ci-avant.

Toutefois, le contrat d'assurance peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du code du commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L.641-11-1 du code du commerce en matière de liquidation judiciaire et selon les modalités définies au contrat d'assurance. Dans ce cas, par dérogation aux conditions prévues ci-avant, le bénéfice de la portabilité des garanties est maintenu aux anciens salariés de l'entreprise ayant fait l'objet d'une procédure collective.

Maintien des garanties au titre de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve de l'accord de ce maintien par l'organisme assureur en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance, les salariés peuvent continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Sort des prestations en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré

Les prestations servies en cas d'Incapacité temporaire de travail ou d'Invalidité / Incapacité permanente professionnelle en cours de service à la date de cessation des droits de l'ancien salarié sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies dans la présente notice.

Pour les assurés dont l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle est reconnu ou aggravé postérieurement à la date de cessation des droits de l'assuré, l'organisme assureur verse la prestation prévue en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle à la date de constatation médicale du changement d'état sous réserve que le fait générateur de ce nouvel état résulte d'un arrêt de travail survenu durant la période d'assurance ayant donné lieu ou non à indemnisation.

La clause de revalorisation des prestations en cours de service prévue dans la présente notice continue de produire ses effets tant que le contrat d'assurance reste en vigueur.

Sort de la Garantie Décès en cas de suspension du contrat de travail du salarié, cessation de l'affiliation du salarié ou radiation de l'adhésion de l'entreprise (en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance)

En application des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie Décès est maintenue moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévue au paragraphe « Exonération des cotisations ») à l'assuré en arrêt de travail qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité Sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) pour incapacité temporaire de travail ou invalidité – incapacité permanente professionnelle.

Le maintien de la garantie est assuré :

- tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat d'assurance et lorsque les prestations de la Sécurité sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité – incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

En cas de radiation de l'adhésion de l'entreprise (en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance), la garantie Décès prévue au contrat est maintenue dans les conditions qui y sont définies, durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité – incapacité permanente professionnelle au salarié ou ancien salarié bénéficiaire de la portabilité des droits telle que définie ci-avant, sous réserve des cas de cessations prévus ci-avant. Bénéficient de ce maintien, les seuls assurés précités percevant des prestations complémentaires (indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité permanente professionnelle) versées en application du contrat d'assurance auprès de l'un des organismes assureurs notifiés au paragraphe « Présentation » de la présente notice ou d'un autre organisme assureur.

Lorsque l'entreprise a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le Décès des salariés pour souscrire le présent contrat, les prestations de l'organisme assureur dues en cas de Décès d'un assuré sont versées sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur de l'entreprise.

Salaire de référence

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence, sauf exception portée au titre des garanties exprimées de manière forfaitaire et en euro.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des assurés, soumises à cotisations du contrat d'assurance et déclarées au cours des douze mois précédant l'évènement générateur de garantie, dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, selon les tranches définies comme suit :

- Tranche 1 : partie de la rémunération de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 : partie de la rémunération de référence comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois celui-ci (la T2 est limitée au plafond ci-contre pour l'application des présentes dispositions).

Plus particulièrement, le salaire de référence est déterminé comme suit :

- **Capital Décès / Invalidité permanente absolue / Rente d'éducation** : le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue.
- **Maintien de salaire du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale** : le salaire de référence est égal à la moyenne des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-avant est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations prévoyance.

- **Incapacité temporaire de travail / invalidité / incapacité permanente professionnelle** : Le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations prévoyance, dans la limite des tranches 1 et 2 de salaire, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'évènement n'est pas complète, la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis, comme si l'assuré avait travaillé.

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations périodiques (indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail, les rentes d'invalidité ou d'incapacités permanentes professionnelles) en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de l'année N en fonction d'un indice décidé annuellement par la CCPNI en accord avec les assureurs co-recommandés (hors OCIRP) et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers desdits assureurs co-recommandés.

Les rentes d'éducation et les rentes de survie handicap en cours de service sont revalorisées annuellement en référence au taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Revalorisation du salaire de référence

La revalorisation du salaire de référence servant à l'ouverture des prestations est fixée en fonction d'un taux décidé annuellement par la CCPNI en accord avec les assureurs co-recommandés (hors OCIRP) et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers desdits assureurs co-recommandés. Cette revalorisation intervient lorsqu'une période d'arrêt de travail a précédé le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), ainsi que la reconnaissance de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle.

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle antérieure à l'année civile précédant le décès ou l'invalidité permanente et absolue (IPA), le salaire annuel de référence pour le calcul de la rente éducation est revalorisé en fonction du taux fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Revalorisation des prestations en cas de résiliation du contrat d'assurance

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance, les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement. Le souscripteur prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite des revalorisations de ces prestations, notamment auprès du nouvel organisme assureur de sa couverture prévoyance. Toutefois, dans le cas où le souscripteur déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat de prévoyance n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement, les prestations servies demeurent revalorisées par l'organisme assureur dans les conditions définies au contrat d'assurance.

Exonération des cotisations

L'organisme assureur exonère le souscripteur du paiement de la cotisation au titre des assurés (part salariale et patronale) qui, à la date d'échéance de la cotisation, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale et quelle qu'en soit l'origine, depuis une période de 180 jours continus, sous réserve qu'ils ne perçoivent plus de rémunération (hors indemnités journalières ou rentes d'invalidité/incapacité permanente professionnelle versées au titre du contrat d'assurance).

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant due sur la base du salaire versé par le souscripteur.

Définitions du conjoint et des enfants à charge

Conjoint (pour la garantie Rente éducation OCIRP)

Par conjoint, il faut entendre :

- La personne liée à l'assuré par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif, exerçant ou non une activité professionnelle.
- Le partenaire de PACS (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle.
- la personne vivant avec l'assuré en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union. Les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.

Enfants à charge (pour la garantie « Rente d'éducation OCIRP » et le poste maternité de la garantie Maintien de salaire pour le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale)

Par enfants à charge pour le bénéfice de la rente d'éducation, il faut entendre les enfants à naître, nés viables, recueillis (soit les enfants de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) de l'assuré décédé (ou en invalidité permanente et absolue) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment de son décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès (ou de l'invalidité permanente et absolue) de l'assuré, les enfants dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire s'ils justifient :
 - de la poursuite de leurs études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'Accompagnement par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- quel que soit leur âge, en cas d'invalidité reconnue avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation Adulte Handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité ».

Pour la mise en œuvre de la garantie maintien de salaire au titre de la maternité, la notion d'enfant à charge employée correspond à celle définie ci-dessus ; la qualité d'enfant à charge étant toutefois appréciée à la date du fait générateur de la garantie maternité.

Enfants à charge (pour la garantie Rente Survie Handicap OCIRP)

Pour le bénéfice de la rente survie handicap, par enfant handicapé, il faut entendre l'enfant dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'il est âgé de

moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies 1° du Code général des impôts. Pour justifier du handicap, l'enfant doit notamment être reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) comme étant en situation de handicap à charge de l'assuré ou de son conjoint, à la date du décès de l'assuré.

Qualités

Les qualités d'assuré, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfant à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par 2 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 du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit, contre l'organisme assureur 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 le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail..

Cause d'interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressé par l'organisme assureur au souscripteur ou à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée..

Justificatifs

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de sa situation particulière à la date du sinistre (travail à temps partiel,

licenciement,), de la nature du sinistre (accident, ...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites par le souscripteur.

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès	Incapacité Permanente et Absolue	Rente d'éducation	Rente de survie handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de travail	Incapacité permanente professionnelle	Organisme délivrant les pièces
Photocopie des bulletins de salaire correspondant au salaire de référence	X	X	X			X	X	Entreprise
Attestation du souscripteur indiquant la rémunération brute, le taux moyen des cotisations à appliquer et la rémunération nette (ou de tous les employeurs pour les Salariés ayant des employeurs multiples)						X	X	Entreprise
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'assuré (et éventuellement de ceux du conjoint et assimilé ou du bénéficiaire)	X	X	X	X		X	X	Impôts
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	X		X	X	X			Médecin
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'accident		X				X	X	Médecin
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives (contrat d'apprentissage, photocopie de l'attestation des droits de la Sécurité sociale...) pour tout enfant à charge âgé de plus de 18 ans	X	X	X					Établissement scolaire
Extrait d'acte de décès	X		X	X	X			Mairie
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire ou copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X		X	X				Mairie Bénéficiaires

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès	Incapacité Permanente et Absolue	Rente d'éducation	Rente de survie handicap	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de travail	Incapacité permanente professionnelle	Organisme délivrant les pièces
Extrait d'acte de naissance établi au nom du conjoint décédé			X					Mairie
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail de l'assuré ou, en cas de décès, précisant que l'assuré n'était pas en arrêt de travail	X	X	X			X	X	Entreprise
Décomptes originaux de la Sécurité sociale, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	X	X				X	X	Sécurité sociale
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	X							Notaire / Mairie
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie	X		X	X				TGI
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		X					X	Sécurité sociale
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, ou d'incapacité permanente professionnelle		X					X	MDPH
Copie intégrale du livret de famille de l'assuré	X	X	X	X				Mairie
RIB ou RIP au nom des bénéficiaires	X		X	X	X	X	X	Banque
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois	X		X					Tribunal d'Instance / Marie
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)	X		X					Organisme compétent

Imprimé de demande de prestations fourni par l'organisme assureur dûment complété par le souscripteur	X	X	X	X	X	X	X	Entreprise
Certificat médical sous enveloppe cachetée de l'état de handicap du bénéficiaire			X	X				
Facture acquittée					X			

Contrôle par l'organisme assureur

Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, par le biais d'un certificat médical ou de visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent pouvoir constater l'état de santé de l'assuré à toute période. Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

- au lieu de traitement,
- ou tous les jours ouvrables, au domicile,

de l'assuré en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

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

Les organismes assureurs peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

Seules les considérations médicales seront prises en compte par l'organisme assureur pour acter de la cessation ou non des prestations. Ainsi, l'organisme assureur ne sera, en aucun cas, tenu par d'autres éléments extérieurs, relevant notamment de la compétence du médecin du travail.

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à informer le souscripteur du contrôle et du résultat de celui-ci. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou tout autre représentant ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

La situation médicale de l'assuré peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité /incapacité permanente professionnelle.

Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en terme de durée, ni en terme d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du contrat d'assurance sont versées sans aucune particularité.

Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé :

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- Il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison.
- Dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur

/ ou conseil de l'organisme assureur recommandé, en accord avec le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur recommandé seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré.

- Dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur recommandé, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir le médecin à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun.
- Sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

Litiges médicaux

Si l'assuré n'accepte pas la décision de l'organisme assureur, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite.

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil mandaté par l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du tribunal compétent statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'organisme assureur. Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les prestations continueront à être suspendues durant cette période de contestation.

Les conclusions rendues par le médecin arbitre désigné s'imposeront aux parties.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion restent à la charge de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.

Fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité-Incapacité Permanente professionnelle, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident à l'occasion duquel ont été versées des prestations complémentaires à caractère indemnitaire, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées par eux.

Territorialité

Les garanties définies à la présente notice d'information sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en euros.

Autorité de contrôle des organismes assureurs

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), sise 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'organisme assureur, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

Elles sont également utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par l'organisme assureur et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'organisme assureur (*) ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres de l'organisme assureur et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur le site internet de l'organisme assureur.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, l'organisme assureur s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Délégué à la protection des données de l'organisme assureur, aux coordonnées mentionnées en Annexe 1.

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la **CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS**.

L'organisme assureur informe de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il est possible de s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le souscripteur déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse du souscripteur ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.
- Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants, faute de quoi le souscripteur s'expose à la résiliation de son contrat.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales :

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Renseignements - Réclamation et Litige - Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion de l'organisme assureur dont dépend l'assuré, ou le cas échéant aux coordonnées mentionnées en Annexe 1.

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat d'assurance [l'assuré, l'ancien assuré, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser à l'organisme assureur aux coordonnées mentionnées en Annexe 1.

Le réclamant quel que soit le point de contact initial, recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur aux coordonnées mentionnées ci-après :

- au Médiateur de la protection sociale (FIPS) – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/>

ou

- à la Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou par internet : <https://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de Mutex : <https://www.mutex.fr>.

ou

- soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française – FNMF – 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15,
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>.

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'organisme assureur.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable. Le cas échéant en cas de dossier complexe, ce délai peut être étendu.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Prise en compte de la loi n° 2014-617 du 13.06.2014 dite « Loi Eckert »

La loi Eckert concerne uniquement les garanties décès.

Règlement des prestations :

Les prestations sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

En cours de versement des prestations, l'organisme assureur peut demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations :

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

(*) article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) 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.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'Institution correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (indemnités journalières et rentes ou dénominations assimilées) défini au tableau des garanties lorsque cette prestation est versée directement à l'assuré ou au bénéficiaire.

Annexe 1 : Liste et contacts des assureurs

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
AG2R Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270	<p>❖ Demande de renseignements Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22, Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00. <p>❖ Réclamation Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser :</p> <ul style="list-style-type: none"> Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ; Via l'espace client ; Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 pour les entreprises, 09 69 32 20 00 pour les particuliers. 	<ul style="list-style-type: none"> par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale ; par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la Protection sociale 10, Rue Cambacérès 75008 Paris 	<ul style="list-style-type: none"> par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr ; par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.
Apicil Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège sociale : 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON, SIREN n° 321 862 500	<p>❖ Réclamation :</p> <ul style="list-style-type: none"> par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients - Equipe réclamation 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON Directement depuis votre espace client digital 	<ul style="list-style-type: none"> par courrier à : Médiateur de la protection sociale (FIPS) 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou via le formulaire en ligne à : https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale 	<ul style="list-style-type: none"> par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON ou par mail à : dpo@apicil.com
Malakoff Humanis Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris,	<p>❖ Réclamation :</p> <ul style="list-style-type: none"> par courrier à - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex ou par mail à : 	<ul style="list-style-type: none"> par courrier à : Médiateur de la protection sociale (FIPS) 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par mail à : https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/ 	<ul style="list-style-type: none"> par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com

	N° SIREN 775 691 181	- Pour l'Employeur : reclamation-entreprise- assurance@malakoffhumanis.co m - Pour le Salarie : reclamation-particulier- assurance@malakoffhumanis.com		
AESIO	Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 – Siège social : 173 Rue de Bercy – 75012 PARIS	❖ Réclamation : • par courrier à - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Pour le Salarie : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex • ou par mail à : - Pour l'Employeur : reclamation-entreprise- assurance@malakoffhumanis.co m - Pour le Salarie : reclamation-particulier- assurance@malakoffhumanis.com	• soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française – FNMF – 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15, • soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://saisine.mediateur-mutualite.fr .	La demande peut être exercée : – par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 173 Rue de Bercy – 75012 PARIS – par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr
MUTEX	Société anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040 entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 140 avenue de la République 92320 Châtillon	❖ Réclamation : Dans un premier temps : par courrier en priorité au service « Réclamations » de l'organisme gestionnaire, ou à l'organisme assureur via le formulaire de contact mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/ . Si la réclamation n'est pas réglée : par courrier à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex	• Par courrier : La Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 • Par internet : https://www.mediation-assurance.org	Dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. • Par mail : dpo@mutex.fr • Par courrier : Délégué à la Protection des Données de Mutex 140 avenue de la République TSA 74058 92321 Châtillon cedex Concernant les données personnelles relatives à l'état de santé : • Par courrier : Médecin conseil de MUTEX 140 avenue de la République TSA 74058 92320 Châtillon Cedex
OCIRP	Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris, assureur de la rente d'éducation et de la rente survie viagère	❖ Réclamation : Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès du médiateur dont relève l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur

OCIRP VIE	Société Anonyme au capital de 26 192 964 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 339 688 608, entreprise régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé, 17 rue de Marignan-75008 Paris	<p>❖ Réclamation :</p> <p>Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur</p>	Auprès du médiateur dont relève l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur	Auprès de l'organisme assureur ayant reçu l'adhésion du souscripteur
-----------	---	---	--	--

Annexe 2 : Attestation de réception de la notice d'information

À remettre à votre employeur

Je soussigné(e),reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de Prévoyance de la Convention collective nationale des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (dite « ECLAT ») souscrit par mon employeur auprès de l'Institution :

À Le

Signature du salarié :



Annexe 3 : Echanges dématérialisés

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre l'organisme assureur et le souscripteur ou l'assuré est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2ramondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur ou l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).
- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2ramondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

b) Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

Lorsque l'organisme assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré.

L'organisme assureur vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le souscripteur ou l'assuré, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au souscripteur de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'organisme assureur du caractère adapté s'effectue annuellement.

c) Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'organisme assureur

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'organisme assureur peut mettre à disposition ou fournir au souscripteur ou à l'assuré, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le souscripteur et l'assuré déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'organisme assureur sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'organisme assureur.

Le souscripteur et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du souscripteur, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

Le souscripteur et l'assuré peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus n'est pas adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'organisme assureur sous format papier.

d) Droit d'opposition du souscripteur et de l'assuré

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le souscripteur et l'assuré ont la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'organisme assureur (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris).

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, immatriculée sous le numéro SIREN 333 232 270 et dont le siège social est situé -14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris.

Apicil Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 et dont le siège social : 51, boulevard Marius Vivier MERLE – 69003 LYON.

MUTEX, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 140 avenue de la République – 92320 Châtillon.

AESIO mutuelle : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 627 391 et dont le siège social est situé 173 Rue de Bercy – 75012 PARIS.

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 691 181 et dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 PARIS.

OCIRP, union d'institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 788 334 720 et dont le siège social est situé au 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

OCIRP VIE, Société Anonyme au capital de 26 192 964 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 339 688 608, entreprise régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé, 17 rue de Marignan-75008 Paris