

Assurons
un monde
plus ouvert



Prévoyance

Régime complémentaire obligatoire
du personnel Non Cadres

SOCIETE IMMOBILIERE DES CHEMINS DE
FER FRANÇAIS

Notice d'information
Document à conserver



En vigueur au 1^{er} janvier 2025

MG/P/25907800UAP

SOMMAIRE

Objet de la notice d'information.....	3
Garanties	3
ADHESION	4
Conditions d'adhésion.....	4
Prise d'effet des garanties.....	4
Cessation des garanties	4
Base de calcul des prestations	5
GARANTIES EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	6
Garantie en cas de décès toutes causes	6
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	8
Décès consécutif à un accident	9
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutive à un accident (PTIAA)	9
Double effet.....	10
Allocation obsèques.....	11
GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL	12
Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail	12
Garantie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle	13
Dispositions communes aux garanties en cas d'arrêt de travail.....	14
ASSURE EXERÇANT SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVEC REDUCTION D'HORAIRE	16
Prise d'effet des garanties.....	16
Salaire de référence.....	16
Prestations	16
Cotisation	17
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	18
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée	18
Suspension du contrat de travail non indemnisée.....	19
MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE	21
Conditions du maintien	21
Prise d'effet et durée du maintien	21
Base de calcul des prestations	21
Garanties et règlement des prestations	22
Information due par le Souscripteur à l'ancien salarié	22
Obligation d'information des bénéficiaires du maintien des garanties.....	22
Cessation du maintien	22
DISPOSITIONS DIVERSES	24
Réclamation, Médiation	24
Protection des données personnelles	24
Support des relations contractuelles et droit d'opposition	26
Autorité de contrôle.....	26
Prescription.....	26
Subrogation.....	27
Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme	27
Réticence ou fausse déclaration	27
Revalorisation des prestations	28
Plafonds de garantie	29
Exclusions des garanties	29
Contrôle médical et administratif.....	30
Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat	31
ANNEXE 1 – TABLEAUX DES GARANTIES	32
ANNEXE 2 – ETENDUE DES GARANTIES	35
GLOSSAIRE	36

Objet de la notice d'information

La SOCIETE IMMOBILIERE DES CHEMINS DE FER FRANÇAIS a souscrit auprès de CNP Assurances Protection Sociale, société anonyme à conseil d'administration, numéro SIREN 905 054 128, entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est sis 1-11, rue Brillat-Savarin – 75634 PARIS CEDEX 13, un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire au profit de **l'ensemble de son personnel non cadre selon la classification de la CCN applicable dans l'entreprise.**

Ce contrat de prévoyance a pour objet la couverture des risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité, Invalidité.

La présente notice d'information précise les garanties de prévoyance et les prestations auxquelles les assurés peuvent prétendre au titre de leur contrat de prévoyance ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

La présente notice d'information indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Garanties

Les garanties proposées au titre de ce contrat de prévoyance et définies dans la présente notice sont :

↳ **Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie**

- ✓ Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes
- ✓ Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie consécutifs à un accident
- ✓ Double effet
- ✓ Allocation obsèques

↳ **Garanties en cas d'arrêt de travail**

- ✓ Incapacité temporaire de travail
- ✓ Invalidité ou incapacité permanente totale ou partielle

Les prestations sont définies dans les tableaux de garanties joint en annexe et indissociable de la présente notice.

Il est rappelé que les seules prestations prises en charge par CNP Assurances Protection Sociale sont celles figurant aux tableaux de garanties.

ADHESION

Conditions d'adhésion

Personnel assurable

Doit adhérer au contrat l'ensemble des membres du personnel du Souscripteur relevant de la catégorie bénéficiaire pour lequel le contrat a été souscrit et dont le contrat de travail est en vigueur, y compris ceux relevant des dispositions relatives au cumul emploi/retraite et ceux dont le contrat de travail est suspendu, selon pour ces derniers, les conditions et modalités fixées au paragraphe « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée » de la présente notice d'information.

Les salariés de l'entreprise souscriptrice remplissant les conditions mentionnées ci-dessus acquièrent la qualité d'assuré.

Personnes en cumul emploi-retraite

Les membres du personnel du Souscripteur exerçant leur activité dans le cadre du cumul emploi-retraite sont admis sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- ✓ que leur contrat de travail soit en vigueur ;
- ✓ qu'ils exercent une activité professionnelle effective.

Dans le cas contraire, les personnes ci-dessus ne sont pas couvertes par le contrat.

Télétravailleurs à l'étranger

Les membres du personnel du Souscripteur exerçant leur activité en télétravail à l'étranger bénéficient de l'ensemble des garanties prévues à la présente notice d'information sous réserve que le télétravail soit effectué dans le respect des conditions prévues au contrat de travail.

Pour les garanties en cas d'arrêt de travail, CNP Assurances Protection Sociale verse ses prestations en complément de celles servies par l'assurance maladie obligatoire française.

Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à compter :

- ✓ de la date d'effet du contrat si l'assuré est présent dans les effectifs de l'entreprise adhérente à cette date ;
- ✓ de la date d'entrée dans l'effectif assurable pour les nouveaux salariés.

Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties, les garanties cessent :

- ✓ à la date de résiliation du contrat. Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets à titre individuel ;
- ✓ à la date à laquelle l'assuré ne figure plus sur l'état nominatif et/ou récapitulatif fourni par le Souscripteur ;
- ✓ à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit ;
- ✓ à la date de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf application des dispositions relatives à la portabilité des droits prévues au paragraphe « Maintien des garanties au titre de la portabilité » ;
- ✓ le jour de la liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse obligatoire, quel qu'en soit le motif, sauf si l'assuré remplit les conditions prévues au titre du cumul emploi-retraite ;
- ✓ à la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien partiel ou total de salaire y compris les prestations dues par le régime obligatoire d'assurance maladie et le complément versé par CNP Assurances Protection Sociale, en cas de suspension du contrat de travail.

Base de calcul des prestations

Les prestations sont calculées en fonction du salaire de référence tel que défini ci-après et éventuellement de la situation de famille de l'assuré.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu par l'assuré lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, dans la limite des tranches retenues, et tel que déclaré à la Sécurité sociale. Ce salaire doit donc correspondre à la base de calcul de la cotisation.

Les tranches de rémunération retenues pour le calcul des prestations sont les tranches A et B définies ci-après :

- ✓ La tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- ✓ La tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire de référence comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au premier alinéa en raison d'une ancienneté inférieure à 12 mois, d'un arrêt de travail ou d'un congé maternité ou paternité, le salaire de référence visé ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité, ayant donné lieu à cotisation, sans qu'il puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'adhésion de l'intéressé.

Lorsque le contrat de travail de l'assuré a été suspendu sans indemnisation par le Souscripteur, le salaire pris en considération est celui effectivement perçu au cours des douze mois civils qui précèdent la date de suspension du contrat de travail.

Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré en arrêt de travail

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré ou ancien assuré en arrêt de travail et indemnisé par le régime obligatoire d'assurance maladie, la prestation a pour base le salaire brut perçu par l'assuré lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant l'arrêt de travail, et est revalorisée dans les conditions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations ».

Garanties en cas d'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, le salaire de référence pris en considération dans le calcul des prestations est le salaire mensuel brut (y compris la prime d'ancienneté et à l'exclusion de la gratification de fin d'année et de la prime de vacances) du mois précédant l'arrêt de travail, dans la limite des tranches retenues et tel que déclaré à la Sécurité sociale.

La rémunération ainsi définie est désignée dans le texte spécifique à chaque garantie sous le terme de « **salaire de référence** ».

Situation de famille

Lorsque les garanties souscrites sont calculées en fonction de la situation de famille de l'assuré, sa situation est appréciée à la date de l'événement ouvrant droit à prestations ou à leur date d'exigibilité.

GARANTIES EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Garantie en cas de décès toutes causes

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement, en cas de décès de l'assuré et **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, d'une prestation sous forme de capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), tel(s) que défini(s) ci-après.

Lorsque la prestation est calculée en fonction de la situation de famille, celle-ci est appréciée au regard de l'état civil et du nombre d'enfant(s) à charge à la date du décès.

Le montant de cette prestation est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » en annexe.

Attribution du bénéficiaire

À défaut de désignation expresse de bénéficiaire(s) par l'assuré ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés et **à l'exception de la majoration pour enfant à charge telle que définie ci-après**, le capital en cas de décès est versé dans l'ordre de priorité suivant :

- ✓ à son conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
- ✓ à défaut, à son partenaire survivant lié par un pacte civil de solidarité non dissous à la date du décès tel que défini au glossaire,
- ✓ à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession,
- ✓ à défaut, par parts égales entre eux, à ses ascendants, à défaut de l'un sa part revenant au survivant,
- ✓ à défaut, par parts égales, entre eux, à ses frères et sœurs,
- ✓ à défaut, à ses autres héritiers.

Si l'assuré ne souhaite pas attribuer le capital garanti selon la clause type ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite modifier le ou les bénéficiaire(s) (sous réserve de l'absence d'acceptation), il doit en faire la déclaration à CNP Assurances Protection Sociale, soit :

- ✓ au moyen d'un formulaire fourni par CNP Assurances Protection Sociale,
- ✓ soit en transmettant une nouvelle désignation écrite sur papier libre, datée et signée par lui.

Cette désignation de bénéficiaire peut être effectuée par l'assuré au moment de son adhésion ou ultérieurement.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés ou s'ils renoncent au capital, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué dans la clause type ci-dessus.

En cas de décès au cours d'un même événement de l'assuré et d'au moins une des personnes susceptibles de bénéficier du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour permettre une identification du(des) bénéficiaire(s) désigné(s), l'assuré doit notamment indiquer, pour chacun d'entre eux, ses nom et prénom, la date et le lieu de naissance.

Cette désignation ou modification d'un ou plusieurs bénéficiaires (sous réserve de l'absence d'acceptation) peut également être formalisée selon les actes suivants, à condition que cette désignation soit notifiée à CNP Assurances Protection Sociale :

- ✓ par un acte sous seing privé : acte écrit rédigé par des personnes privées elles-mêmes,
- ✓ par un acte authentique : acte rédigé par un officier public, tel qu'un notaire.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, effectuée dans les conditions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances, c'est-à-dire acceptation par :

- ✓ avenant tripartite signé par CNP Assurances Protection Sociale, le bénéficiaire et l'assuré,
- ✓ ou acte authentique ou sous seing privé, signé par l'assuré et le bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de CNP Assurances Protection Sociale que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de CNP Assurances Protection Sociale lui est inopposable.

CNP Assurances Protection Sociale attire l'attention de l'assuré sur la nécessité de mettre à jour sa désignation de bénéficiaire(s) notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation de famille).

Attribution des majorations

La majoration pour enfant à charge est subordonnée à leur existence à la date du décès de l'assuré.

La majoration à laquelle ouvre droit l'enfant revient à l'enfant lui-même ou à son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé.

En présence de plusieurs enfants, les majorations auxquelles ils ouvrent droit, propres à chacun, sont totalisées pour être réparties entre ces enfants par parts égales entre eux.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- ✓ une attestation du Souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de ses effectifs à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation et précisant le salaire de référence à prendre en considération pour le calcul de la prestation,
- ✓ le formulaire de demande de prestation dûment complété,
- ✓ un extrait d'acte de décès,
- ✓ le dernier avis d'imposition du défunt,
- ✓ le ou les RIB du ou des bénéficiaires,
- ✓ tout document prouvant l'identité et /ou la situation de famille de l'assuré,
- ✓ toutes pièces complémentaires que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaires.

Déchéance de garantie

En application des dispositions de l'article L.132-24 du Code des assurances, le contrat cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

Cessation de la garantie

Outre les cas énoncés au paragraphe « Cessation des garanties », la garantie cesse pour chaque assuré à la date à laquelle l'Assureur verse la prestation prévue en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, à l'exception de la garantie double effet et, le cas échéant, des garanties de rente en cas de décès.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement par anticipation et sur demande de l'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie ou de son représentant légal, **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, du capital prévu au titre de la garantie décès toutes causes.

Est reconnu atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré qui par suite d'une maladie ou d'un accident est :

- ✓ classé par le régime obligatoire d'assurance maladie en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou reconnu par cet organisme atteint d'un taux d'incapacité permanente égal à 100% consécutivement à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- ✓ dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque,
- ✓ dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante tels qu'entendus au sens de l'article L.355-1 du Code de la Sécurité sociale.

En outre, son état de santé doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie doit être constaté par écrit établi par une autorité médicale compétente.

Le versement de cette prestation met fin à la garantie décès toutes causes.

Paiement de la prestation

La prestation garantie est payable à l'assuré lui-même ou à son représentant légal et est exigible dès la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par CNP Assurances Protection Sociale.

Il est précisé que les éventuelles majorations auxquelles ouvrent droit les enfants à charge tels que définis au glossaire reviennent aux intéressés eux même ou leur représentant légal.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- ✓ toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, telle que la notification du régime obligatoire d'assurance maladie mentionnant le classement en 3^{ème} catégorie de l'assuré ou la reconnaissance par cet organisme d'un taux d'incapacité permanente égal à 100 % en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle,
- ✓ une attestation du Souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul de la prestation,
- ✓ un certificat établi par le médecin traitant à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale,
- ✓ tout document prouvant l'identité et /ou la situation de famille de l'assuré, notamment, les justificatifs du nombre d'enfants à charge à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation, une copie du livret de famille comprenant les mentions marginales ou une copie du PACS, une copie des cartes d'identité des personnes ouvrant droit éventuellement à des majorations,
- ✓ toute pièce que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaire pour le règlement du capital.

Décès consécutif à un accident

Objet de la garantie

La garantie a pour objet, en cas de décès d'un assuré consécutif à un accident, tel que défini au glossaire, le versement **sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « Exclusions des garanties »**, d'une prestation supplémentaire sous forme de capital.

Le montant de cette prestation est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » en annexe et est réglé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) de la garantie décès toutes causes.

La garantie s'applique sous réserve que le décès survienne, au plus tard dans les douze mois suivant la date de l'accident et que le contrat soit toujours en vigueur, sous réserve des situations de maintien de la garantie décès.

Il est rappelé que conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès de l'assuré.

Paiement de la prestation

Le règlement de la prestation est effectué aux mêmes conditions que celles prévues au titre de la garantie décès toutes causes.

Pièces à fournir à la demande de paiement de prestation

Outre les pièces demandées au titre de la garantie décès toutes causes, la preuve de l'accident, de sa nature et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès doit être apportée à CNP Assurances Protection Sociale par tout document. Toute pièce comportant des informations de nature médicale doit être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutive à un accident (PTIAA)

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement par anticipation, sur demande de l'assuré ou de son représentant légal, du capital prévu au titre de la garantie décès consécutif à un accident, **sous réserve** :

- ✓ que l'assuré soit reconnu atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie au paragraphe « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) » ,
- ✓ que l'état de santé de l'assuré soit la conséquence directe d'un accident tel que défini au glossaire,
- ✓ des exclusions au paragraphe « Exclusions des garanties ».

La garantie s'applique sous réserve que la perte totale et irréversible d'autonomie survienne, au plus tard dans les douze mois suivant la date de l'accident et que le contrat soit toujours en vigueur, sous réserve des cas de maintien de la garantie décès.

Il est rappelé que conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Le versement de cette prestation met fin à la garantie décès consécutif à un accident.

Paiement de la prestation

La prestation garantie est payable à l'assuré lui-même ou à son représentant légal et est exigible dès la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident par CNP Assurances Protection Sociale.

Il est précisé que les éventuelles majorations auxquelles ouvrent droit les enfants à charge tels que définis au glossaire reviennent aux intéressés eux-mêmes ou à leur représentant légal.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Outre les pièces demandées au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, la preuve de l'accident, de sa nature et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et la perte totale et irréversible d'autonomie doit être apportée à CNP Assurances Protection Sociale par tout document. Toute pièce comportant des informations de nature médicale doit être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale.

Double effet

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une prestation, en cas de décès du conjoint ou partenaire du Pacs de l'assuré, simultanément (c'est-à-dire dans les 48 heures qui suivent ou précèdent celui de l'assuré) ou postérieurement à celui de l'assuré, au profit des enfants considérés comme à charge à la date du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions cumulatives suivantes :

- ✓ que le décès survienne dans les douze mois suivant celui de l'assuré,
- ✓ que le conjoint ou partenaire de l'assuré n'ait pas liquidé sa pension d'assurance vieillesse auprès d'un régime obligatoire,
- ✓ que le ou les enfant(s) à charge à la date du décès de l'assuré demeure encore à charge fiscale du conjoint ou partenaire à la date de son décès,
- ✓ que le contrat soit toujours en vigueur à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation.

Paiement de la prestation

Le montant de la prestation versée sous forme de capital est indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » en annexe, et est réparti par parts égales entre chaque enfant à charge.

Il est précisé que le capital supplémentaire éventuellement versé en cas de décès consécutif à un accident n'entre pas dans le calcul de la présente prestation.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- ✓ l'acte de décès du conjoint ou du partenaire du Pacs,
- ✓ le livret de famille,
- ✓ tout document prouvant la situation de famille de l'assuré et de son conjoint ou partenaire du Pacs,
- ✓ tout document prouvant l'identité des bénéficiaires,
- ✓ le ou les RIB des bénéficiaires,
- ✓ toutes pièces complémentaires que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaires.

Cessation de la garantie

La garantie cesse pour le conjoint ou partenaire de l'assuré, le jour :

- ✓ de son mariage,
- ✓ de son remariage,
- ✓ de la conclusion d'un nouveau PACS,
- ✓ de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse auprès d'un régime obligatoire,
- ✓ de la résiliation du contrat.

Allocation obsèques

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement **d'une allocation**, en cas de décès des personnes garanties (assuré, conjoint, partenaire, enfant à charge, tels que définis au glossaire).

Les personnes garanties et le montant de l'allocation sont indiqués aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » en annexe.

Il est précisé qu'en cas de décès d'un enfant à charge de moins de 12 ans, le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés.

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie « allocation d'obsèques ».

Paiement de la prestation

Cette allocation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s).

Lorsque le montant de l'allocation indiqué aux tableaux « Garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie » en annexe est supérieur au total des facture(s) acquittée(s), la différence est versée, en cas de décès :

- ✓ de l'assuré : à son conjoint ou partenaire du Pacs ou par part égale à ses enfants à charge,
- ✓ du conjoint, partenaire ou enfants à charge : à l'assuré lui-même.

Pièces à fournir à la demande de paiement de la prestation

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation sont les suivantes :

- ✓ un extrait de l'acte de décès du défunt garanti,
- ✓ une copie de la facture détaillée acquittée des frais d'obsèques,
- ✓ tout document prouvant l'identité du défunt et la situation de famille,
- ✓ le RIB de la personne ayant engagé les frais,
- ✓ toute pièce complémentaire que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaire.

Cessation de la garantie

Sauf application des dispositions prévues au paragraphe « Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat », la garantie cesse dans les conditions prévues au paragraphe « Cessation des garanties » et en tout état de cause :

- ✓ **pour le conjoint :**
 - ❖ à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
 - ❖ à la date de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse auprès d'un régime obligatoire.
- ✓ **pour le partenaire du Pacs :**
 - ❖ à la date de rupture du Pacte Civil de Solidarité,
 - ❖ à la date de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse auprès d'un régime obligatoire.
- ✓ **pour les enfants :**
 - ❖ à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition d'enfants à charge.

GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière, à l'issue d'une période dite de « franchise », en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident et **indemnisée par le régime obligatoire d'assurance maladie**.

On entend par incapacité temporaire totale de travail, toute incapacité temporaire consécutive à une maladie ou un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité totale physique ou psychique, constatée médicalement par une autorité compétente, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

On entend par franchise, la période d'arrêt total de travail consécutif à un accident ou maladie se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation.

Au titre du contrat, la franchise est continue. Elle se réalise lorsque la durée de l'arrêt de travail ininterrompu de l'assuré est supérieure à la durée de la franchise fixée aux tableaux « Garanties en cas d'arrêt de travail » en annexe.

Les périodes de mi-temps thérapeutiques indemnisées par l'assurance obligatoire sont incluses dans le calcul de la franchise. En revanche, la durée légale de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en compte dans ce calcul.

Le montant des indemnités journalières est indiqué aux tableaux « Garanties en cas d'arrêt de travail » en annexe.

Calcul et paiement de la prestation

L'indemnité journalière, calculée en pourcentage de la 365^{ème} partie du salaire de référence de l'assuré est acquise jour par jour et payable mensuellement à terme échu, sur présentation des justificatifs de paiement des prestations en espèces versées par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Tant que le contrat de travail de l'assuré est maintenu, le règlement de l'indemnité journalière par CNP Assurances Protection Sociale est effectué au Souscripteur, qui s'engage à la reverser à l'assuré concerné.

Dès que le contrat de travail est rompu, le règlement de l'indemnité journalière par CNP Assurances Protection Sociale est effectué à l'assuré lui-même.

Les prestations sont exprimées sous déduction des indemnités journalières brutes servies par la Sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues du régime obligatoire d'assurance maladie seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires servies par CNP Assurances Protection Sociale.

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales susceptibles de grever les prestations.

Cessation de la prestation

Le versement de la prestation cesse pour l'assuré :

- ✓ le jour où il ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des indemnités journalières versées par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ le jour de sa date de reprise du travail à temps complet,
- ✓ au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail, sauf pour l'incapacité temporaire de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Dans ce cas, le versement des prestations prend fin à la date de cessation du versement des indemnités journalières par le régime obligatoire d'assurance maladie,

- ✓ à la date de reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité permanente,
- ✓ à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par CNP Assurances Protection Sociale tel que prévu dans la présente notice d'information, sauf cas fortuit ou de force majeure,
- ✓ lorsque le médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale le reconnaît apte à reprendre une activité rémunérée,
- ✓ à la date de fin du contrat de travail en cas de cumul emploi-retraite,
- ✓ le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif,
- ✓ et en tout état de cause, le jour de son décès.

Reprise d'activité à temps partiel pour raison de santé

Lorsque, après un arrêt de travail :

- ✓ l'assuré indemnisé par CNP Assurances Protection Sociale reprend son activité à temps partiel pour raison de santé, CNP Assurances Protection Sociale maintient le versement des indemnités journalières, sous réserve que le régime obligatoire d'assurance maladie poursuive le paiement de ses prestations en espèces ;
- ✓ l'assuré reprend son activité à temps partiel pour raison de santé avant le terme de la période de franchise, cette reprise est sans effet sur le décompte de cette dernière. Le versement des prestations par CNP Assurances Protection Sociale interviendra à l'issue de cette période de franchise, sous réserve que le régime obligatoire d'assurance maladie poursuive le paiement de ses prestations en espèces.

Conformément aux dispositions prévues au paragraphe « Cumul des prestations », le cumul :

- ✓ des prestations servies par le régime obligatoire d'assurance maladie, CNP Assurances Protection Sociale ou tout autre organisme de prévoyance
- et
- ✓ de la rémunération partielle due par le Souscripteur

ne peut excéder le montant du salaire net de l'assuré, déterminé à la date d'arrêt de travail, éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations ».

Garantie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une rente en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente totale ou partielle de travail de l'assuré **indemnisée par le régime obligatoire d'assurance maladie**.

- ✓ **Est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle** consécutif à une maladie ou à un accident de la vie privée, l'assuré qui est :
 - dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle rémunérée, constatée médicalement,et
 - classé par le régime obligatoire d'assurance maladie dans l'une des trois catégories suivantes :
 - 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée,
 - 2^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque,
 - 3^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante tels qu'entendu au sens de l'article L.355-1 du Code de la Sécurité sociale.
- ✓ **Est considéré en état d'incapacité permanente totale ou partielle** consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, reconnu et indemnisé comme tel par le régime obligatoire d'assurance maladie, l'assuré qui est :
 - dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle rémunérée, constatée médicalementet
 - atteint d'un taux d'incapacité « N » déterminé par le régime obligatoire d'assurance maladie supérieur ou égal à 10%.

L'incapacité permanente est réputée totale si le taux d'incapacité « N » déterminé par le régime obligatoire d'assurance maladie est supérieur ou égal à 66%.

L'incapacité permanente est réputée partielle si le taux d'incapacité « N » déterminé par le régime obligatoire d'assurance maladie est compris entre 10% et 66%.

Aucune prestation n'est due par CNP Assurances Protection Sociale si le taux d'incapacité « N » est ou devient inférieur à 10%.

Le montant annuel des rentes garanties et le mode de calcul des prestations sont précisés aux tableaux « Garanties en cas d'arrêt de travail » en annexe.

CNP Assurances Protection Sociale peut diligenter ses propres contrôles conformément aux dispositions du paragraphe « Contrôle médical et administratif ». Les conclusions de ce contrôle peuvent conduire CNP Assurances Protection Sociale à cesser le versement des prestations sans que l'assuré ne puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par l'assurance maladie obligatoire.

Calcul et paiement de la prestation

La rente annuelle, calculée en pourcentage du salaire de référence de l'assuré est payable trimestriellement à terme échu à l'assuré, sur présentation des justificatifs de paiement des prestations en espèces par le régime obligatoire d'assurance maladie.

La rente est versée dès la date de reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité par CNP Assurances Protection Sociale, et au plus tôt au terme de la période de franchise prévue au titre de la garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail. Toutefois, la période de franchise ne sera pas appliquée si l'invalidité ou l'incapacité fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale de travail ayant déjà permis son écoulement.

Le montant de la rente peut évoluer en cas de modification de l'état d'invalidité ou d'incapacité.

Cessation de la prestation – suspension de la prestation

Le versement de la prestation cesse pour l'assuré :

- ✓ le jour où il ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ le jour de sa date de reprise d'une activité professionnelle à temps complet, quelle que soit la nature de cette activité,
- ✓ lorsque le médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale le reconnaît apte à reprendre une activité rémunérée, quelle qu'elle soit, à temps complet,
- ✓ le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf application des dispositions prévues en cas de cumul emploi/retraite. Dans ce cas, le service de la rente cessera à la date de rupture de son contrat de travail au titre de son activité en cumul emploi/retraite,
- ✓ et en tout état de cause, le jour de son décès.

Le versement de la prestation est suspendu pour l'assuré à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'Assureur conformément au paragraphe « Contrôle médical et administratif », sauf cas fortuit ou de force majeure.

Dispositions communes aux garanties en cas d'arrêt de travail

Cumul des prestations

Les prestations versées en cas d'arrêt de travail, éventuellement revalorisées dans les conditions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations », en application du contrat ne peuvent en s'ajoutant à celles de même nature servies par le régime obligatoire d'assurance maladie (hors majoration tierce personne) ou par tout autre organisme de prévoyance et éventuellement aux salaires perçus par l'assuré, excéder le montant du salaire net que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler à temps plein. Le salaire net est égal au salaire brut tel que défini au paragraphe « Salaire de référence » déduction faite des cotisations sociales mises à la charge de l'assuré.

Délai de déclaration en cas de sinistre

Tout arrêt de travail d'un assuré doit être déclaré à l'Assureur par l'assuré lui-même ou par l'intermédiaire du Souscripteur dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les soixante (60) jours qui suivent la date d'expiration de la franchise, sauf cas de force majeure.

A défaut de déclaration de l'arrêt de travail dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de la déclaration de l'arrêt de travail.

Pièces à fournir à la demande de la prestation

La déclaration d'arrêt de travail incombe au Souscripteur qui est tenu d'en informer CNP Assurances Protection Sociale dans les conditions et délai prévus au paragraphe ci-dessus. Cette déclaration doit être accompagnée des documents suivants :

- ✓ une attestation du Souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul de la prestation,
- ✓ le justificatif du paiement des prestations en espèces servies par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ toute pièce que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaire pour le règlement de la prestation, notamment le certificat médical établi par le médecin traitant à adresser sous pli confidentiel

Exonération du paiement de la cotisation

En cas d'arrêt de travail d'un assuré consécutif à une maladie ou à un accident, la cotisation afférente aux garanties souscrites cesse d'être due dès le premier versement, par CNP Assurances Protection Sociale, des prestations correspondant aux garanties en cas d'arrêt de travail et ce pendant toute la durée de leur versement.

Il est rappelé que les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'arrêt de travail d'un assuré consécutif à une maladie ou un accident survenu à compter de la date d'effet du contrat.

L'exonération du paiement de la cotisation cesse pour chaque assuré à la date à laquelle :

- ✓ il ne perçoit plus de prestations en espèces au titre du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ il reprend ou est reconnu apte à reprendre une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité,
- ✓ il liquide normalement ou par anticipation sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif sauf application des dispositions prévues en cas de cumul emploi/retraite.

Reprise d'activité

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier des prestations prévues en cas d'arrêt de travail reprend son activité et doit l'interrompre à nouveau pour la même cause après cette reprise, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise **sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à 60 jours continus.**

ASSURE EXERÇANT SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVEC REDUCTION D'HORAIRE

Si l'assuré exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaires pour raison de santé à la date d'effet du contrat ou à sa date d'entrée dans la catégorie bénéficiaire du contrat, les garanties lui sont accordées dans les conditions définies ci-après et sous réserve :

- ✓ que le contrat de travail de l'assuré soit en vigueur,
- ✓ que l'assuré exerce une activité professionnelle effective,
- ✓ du paiement de la cotisation correspondante,
- ✓ de la déclaration par le Souscripteur auprès de l'Assureur de l'ensemble des éléments nécessaires à la gestion des dispositions prévues au présent chapitre, notamment :
 - la liste exhaustive des assurés exerçant leur activité avec réduction d'horaires pour raison de santé,
 - le montant des garanties de même nature précédemment souscrites auprès d'un autre organisme assureur, ainsi que leur montant et leurs conditions d'application,
 - le cas échéant, le montant des prestations à la charge du précédent organisme assureur.

Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée de l'assuré dans la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu par l'assuré lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné la réduction d'activité professionnelle pour raison de santé.

Le salaire de référence est pris en compte tel que déclaré à la Sécurité sociale, dans la limite des tranches retenues figurant à la présente notice d'information **et du salaire perçu dans le cadre de son activité professionnelle réduite.**

Toutefois, si l'assuré bénéficie au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaires pour raison de santé, d'une indemnité journalière d'incapacité ou d'une rente d'invalidité-incapacité permanente et d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou de perte totale et irréversible d'autonomie, en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, le salaire de base servant au calcul des prestations en cas de décès de l'assuré est reconstitué sur la base de son activité à temps plein.

Prestations

Les prestations seront alors calculées et versées en application des dispositions du contrat en fonction du salaire de référence tel que défini ci-avant étant précisé que **si au titre de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité-incapacité permanente en cours à la date d'adhésion au contrat, l'assuré bénéficie d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou de perte totale et irréversible d'autonomie en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations en cas de décès éventuellement dues au titre du contrat.**

Tant que l'assuré n'a pas repris son activité professionnelle à temps plein, et s'il bénéficie de prestations au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaires pour raison de santé en exécution d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, l'Assureur pourra accorder au titre du présent contrat la revalorisation des prestations dont le versement est maintenu par le précédent organisme assureur au niveau atteint à la date d'effet du contrat, selon les modalités prévues à la présente notice d'information.

Dès la reprise effective d'activité de l'assuré à temps plein, les garanties du contrat lui seront accordées dans leurs conditions normales d'application.

Cotisation

La cotisation afférente aux garanties est calculée en fonction de la rémunération partielle, et du taux de cotisation appliqué aux assurés travaillant à temps plein dans l'entreprise pour la totalité des garanties souscrites.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail pour cause de maladie, de maternité ou d'accident ou en cas d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, les garanties prévues au contrat sont maintenues au profit des assurés, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- ✓ d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- ✓ d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- ✓ d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Le maintien des garanties est assuré tant que le contrat de travail de l'assuré n'est pas rompu.

Financement du maintien des garanties

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe « Exonération du paiement de la cotisation », les cotisations restent intégralement dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée.

La contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève l'assuré, doit être maintenue.

L'assuré dont le contrat de travail est suspendu doit s'acquitter de la part salariale de la cotisation.

L'assiette servant de base de calcul des cotisations correspond au montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Base de calcul des prestations

En cas de suspension du contrat de travail pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu par l'assuré lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'arrêt, dans la limite des tranches retenues figurant à la présente notice d'information et tel que déclaré à la Sécurité sociale.

Ce salaire est revalorisé dans les conditions prévues au paragraphe « Revalorisation des prestations » de la présente notice d'information.

Pour les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, l'assiette servant de base au calcul des prestations correspond au montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

La base de calcul des prestations doit en tout état de cause correspondre à la base de calcul de la cotisation.

Suspension du contrat de travail non indemniée

Les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré d'une durée supérieure ou égale à un mois, dès lors que la suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à un maintien de salaire total ou partiel, à versement d'un revenu de remplacement par l'employeur ou à versement d'indemnités journalières complémentaires.

Les garanties sont suspendues à compter du premier jour du mois civil suivant la date de suspension effective du contrat de travail.

La suspension des garanties s'achève à la date de reprise effective du contrat de travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par l'assuré.

Les sinistres survenant pendant la période de suspension de la garantie ne sont pas pris en charge par CNP Assurances Protection Sociale.

Maintien des garanties décès en cas de suspension du contrat de travail non indemniée

Les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, à l'exclusion des garanties arrêt de travail, peuvent être maintenues au profit de l'assuré dont le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que la maladie ou l'accident (congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation...) sans maintien de salaire, dans les conditions définies ci-après et sous réserve :

- ✓ de la transmission à CNP Assurances Protection Sociale, à la date d'effet du contrat, puis en cours de contrat dans les 30 jours précédant la date de suspension du contrat de travail du ou des intéressé(s), de la liste des personnes concernées précisant la date d'effet et le motif de la suspension du contrat de travail,
- ✓ de l'accord de CNP Assurances Protection Sociale,
- ✓ du paiement de la cotisation telle que définie au paragraphe « Cotisations » ci-après.

Modalités du maintien des garanties et prise d'effet des garanties

La demande de maintien des garanties est formulée par bulletin individuel d'adhésion dûment complété, accompagné d'une autorisation de prélèvement. Ces documents sont adressés à CNP Assurances Protection Sociale au plus tard dans les trois mois suivant la suspension de fonction.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de suspension du contrat de travail.

Base de calcul des cotisations et des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations et des prestations est le salaire brut perçu par l'assuré lors des 12 derniers mois civils d'activité précédant la date de suspension du contrat de travail, dans la limite des tranches retenues figurant à la présente notice d'information et tel que déclaré à la Sécurité sociale.

Ce salaire n'est pas revalorisé pendant la période de suspension

Prestations

Les garanties maintenues en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie sont identiques à celles prévues pour les assurés en activité.

Les modalités de calcul et de versement sont celles prévues dans la présente notice au titre de chaque garantie.

Cotisations

La cotisation afférente aux prestations garanties est calculée sur la base de l'assiette définie ci-avant, et en fonction du taux de cotisation applicable aux assurés présents dans l'entreprise au titre des garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Cette cotisation est intégralement à la charge de l'assuré et est prélevée sur son compte bancaire **mensuellement d'avance**.

Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du contrat.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par CNP Assurances Protection Sociale. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours précité, le défaut de paiement de la cotisation entraîne son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend fin de plein droit dans les cas suivants :

- ✓ **au jour de la reprise effective du contrat de travail de l'assuré ;**
- ✓ **en cas de résiliation de l'adhésion de l'assuré.** La demande de résiliation est formalisée par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance annuelle.

MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE

Conditions du maintien

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties du contrat sont maintenues, **sans contrepartie de cotisation**, aux anciens assurés relevant de la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit, **sous réserve des dispositions cumulatives suivantes** :

- ✓ que les droits aux garanties du contrat aient été ouverts avant la date de rupture de leur contrat de travail ;
- ✓ que la cessation de leur contrat de travail ne soit pas la conséquence d'une faute lourde ;
- ✓ qu'ils ouvrent droit à une prise en charge par le régime de l'assurance chômage ;
- ✓ que le Souscripteur ait informé CNP Assurances Protection Sociale de la demande de maintien dans les 30 jours suivant la date de rupture du contrat de travail,
- ✓ que le contrat soit en cours.

Prise d'effet et durée du maintien

Tant que le contrat est en vigueur, le maintien de la garantie prévoyance, dont bénéficiait l'assuré en tant qu'actif, prend effet le lendemain du jour de la cessation effective de son contrat de travail.

La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation par le régime de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'assuré, lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

L'arrêt de travail de l'assuré au cours du maintien n'interrompt pas le maintien des garanties et n'a pas pour effet de prolonger la durée du maintien initialement prévue du dispositif de portabilité.

Le terme de la période de portabilité est sans effet sur le versement des prestations des garanties en cas d'arrêt de travail, immédiates ou différées, acquises ou nées durant la période du maintien des garanties.

Base de calcul des prestations

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera répercutée sur la couverture des bénéficiaires du maintien des droits.

Les prestations sont calculées en fonction du salaire de référence, tel que défini au présent paragraphe, et éventuellement de la situation de famille de l'assuré.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu par l'assuré lors des douze derniers mois civils d'activité précédant la date de cessation effective de son contrat de travail, tel que déclaré à la Sécurité sociale, **à l'exclusion de tout élément de rémunération lié à cette cessation d'activité, et dans la limite des tranches retenues figurant à la présente notice d'information, pour le paiement des prestations.**

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au précédent alinéa, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité, ayant donné lieu à cotisation, sans qu'il puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'adhésion de l'intéressé.

Il est précisé que le salaire de référence pris en considération pour le calcul des prestations en cas d'arrêt de travail est le salaire net. La rémunération nette est égale au salaire tel que défini ci-avant, déduction faite des cotisations sociales mises à la charge de l'assuré.

Situation de famille

Lorsque les garanties souscrites sont calculées en fonction de la situation de famille de l'assuré, sa situation est appréciée à la date de l'événement ouvrant droit à prestation ou à leur date d'exigibilité.

Garanties et règlement des prestations

Les garanties applicables sont celles en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit à prestation.

Pendant toute la durée du maintien, l'assuré doit pouvoir justifier auprès de CNP Assurances Protection Sociale de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage.

Ainsi, pour toute demande de prestation auprès de CNP Assurances Protection Sociale, l'assuré devra également transmettre, outre les pièces justificatives précisées à chaque garantie :

- ✓ un justificatif de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage ou, le cas échéant, du versement d'indemnités journalières par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- ✓ toute pièce justificative complémentaire que CNP Assurances Protection Sociale jugerait nécessaire.

Le cumul des prestations versées par CNP Assurances Protection Sociale, le régime obligatoire d'assurance maladie ou tout autre organisme, au titre de l'arrêt de travail de l'assuré, est limité au montant de l'allocation qu'aurait versé l'assurance chômage obligatoire pendant la période considérée.

Information due par le Souscripteur à l'ancien salarié

Le Souscripteur s'engage à signaler le maintien des garanties sur le certificat de travail remis aux anciens salariés et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

Obligation d'information des bénéficiaires du maintien des garanties

À la date de cessation de leur contrat de travail, les anciens salariés doivent adresser à CNP Assurances Protection Sociale les documents suivants :

- ✓ une copie de leur certificat de travail ;
- ✓ une attestation de leur prise en charge par l'assurance chômage.

Ultérieurement à leur admission au bénéfice du maintien des garanties, les intéressés s'engagent sous peine, le cas échéant, de déchéance de garanties :

- ✓ à informer l'Assureur, dès qu'ils en ont connaissance, de la cessation de leur prise en charge par l'assurance chômage, notamment en lui transmettant l'information qui leur a été délivrée par cet organisme ;
- ✓ à déclarer à CNP Assurances Protection Sociale toute reprise de leur part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise.

Cessation du maintien

Le maintien cesse :

- ✓ à la date à laquelle l'assuré n'a plus de droits ouverts à l'allocation d'assurance chômage ;
- ✓ à la date de reprise effective d'une activité professionnelle par l'assuré, à temps partiel ou temps complet, quelle que soit la durée de cette reprise ;
- ✓ à la date de la liquidation de la pension vieillesse auprès d'un régime obligatoire de protection sociale, quel qu'en soit le motif ;
- ✓ à la date de résiliation du contrat ;

- ✓ au plus tard, au jour de l'atteinte de la durée définie ci-avant ;
- ✓ et en tout état de cause, le jour du décès de l'assuré.

Les garanties maintenues étant celles applicables aux salariés en activité dans l'entreprise, le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de cessation totale d'activité de l'entreprise souscriptrice par suite de sa liquidation judiciaire notamment.

DISPOSITIONS DIVERSES

Réclamation, Médiation

Pour toute réclamation, les assurés peuvent contacter par téléphone, courrier ou courriel leur centre de gestion dont les coordonnées figurent sur leur carte de tiers-payant, leur espace adhérent ou toute correspondance de la part de CNP Assurances Protection Sociale.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, les assurés peuvent envoyer un courrier ou un courriel au Service Qualité de CNP Assurances Protection Sociale aux adresses suivantes :

✓ par courrier :

CNP Assurances Protection Sociale
Service Qualité
1-11 rue Brillat Savarin
TSA 41225 – 75621 PARIS CEDEX 13

✓ par courriel : servicequalite@cnp-ps.fr

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse à leur réclamation écrite par CNP Assurances Protection Sociale dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation, les assurés peuvent saisir le Médiateur de l'assurance directement sur son site internet <https://www.mediation-assurance.org> ou par voie postale :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Protection des données personnelles

Dans le cadre de la gestion et de l'exécution du présent contrat, CNP Assurances Protection Sociale, en qualité de responsable de traitement, collecte et traite les données personnelles de ses assurés, ayants droit et bénéficiaires concernés (ci-après les « Personnes Concernées »), dans le respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel (ci-après la « Réglementation »).

CNP Assurances Protection Sociale utilise, selon le contrat souscrit (santé ou prévoyance), les données à caractère personnel des Personnes Concernées (ci-après les « Données à Caractère Personnel ») comme suit : leurs données d'identification (telles que nom, prénom, date de naissance, civilité, coordonnées postales et électroniques), leur numéro d'inscription au répertoire (NIR) (Numéro d'inscription au Répertoire) dans les conditions prévues par le décret du 19 avril 2019, les informations relatives à leurs situations familiale et professionnelle, les données relatives à la gestion du contrat (telles que numéro de contrat, numéro d'identification de l'assuré, désignation de bénéficiaires), les informations d'ordre économique et financier (telles que cotisation, salaire), ainsi que les données de santé (telles que code acte, ordonnance, arrêt de travail, questionnaire de santé).

Ces Données à Caractère Personnel sont utilisées par CNP Assurances Protection Sociale notamment :

- ❖ dans le cadre de la gestion et l'exécution du présent contrat (telles que modification, ajout de bénéficiaires, gestion des garanties contractuelles et prestations, d'assistance et de services aux assurés, gestion des flux de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), gestion de la relation avec le tiers payants) ;
- ❖ dans son intérêt légitime à proposer des offres adaptées aux besoins des Personnes Concernées, pour évaluer, anticiper et améliorer la qualité de service ou les garanties proposées (par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et enregistrements téléphoniques, sauf opposition, pouvant mener à des mesures de profilage) ;

- ❖ dans son intérêt légitime à déceler les opérations frauduleuses ou les éléments suspects, par la mise en place d'un dispositif de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- ❖ l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles conformément à ses obligations assurantielles ;
- ❖ l'exercice des recours et la gestion des réclamations et du contentieux en application du présent contrat ;
- ❖ la sécurité et la continuité d'activité des services conformément à ses obligations légales et réglementaires ;
- ❖ pour répondre à ses obligations légales, fiscales et réglementaires (telles que solvabilité II, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi qu'en matière de protection des données à caractère personnel).

Les Données à Caractère Personnel de santé traitées dans le cadre des finalités énoncées précédemment font l'objet d'une protection renforcée, notamment de sécurité et de confidentialité conformément à la Réglementation applicable. Les Données à Caractère Personnel de santé sont destinées exclusivement aux personnels internes ou externes habilités spécifiquement par CNP Assurances Protection Sociale.

Les Données à Caractère Personnel peuvent également être utilisées dans l'intérêt légitime de CNP Assurances Protection Sociale à proposer des produits et services similaires et adaptés aux besoins des Personnes Concernées, sauf si elles s'y sont opposées. CNP Assurances Protection Sociale pourra également proposer d'autres produits et services par téléphone et courrier, ainsi que par voie électronique (email et/ou sms) après avoir recueilli leur consentement.

Les Données à Caractère Personnel peuvent être collectées par CNP Assurances Protection Sociale directement auprès des Personnes Concernées ou indirectement auprès de leur centre d'assurance maladie obligatoire, de leur employeur, y compris à partir des données transmises par ce dernier lors des déclarations sociales nominatives (DSN) et dans le respect des textes légaux (tels que pour assurer la concordance des données ou pour lutter contre la fraude), ou auprès des partenaires et prestataires de CNP Assurances Protection Sociale.

Les Données à Caractère Personnel pourront être communiquées aux prestataires de CNP Assurances Protection Sociale impliqués dans la gestion du contrat, notamment aux opérateurs de tiers payant, réseaux de soins, et autres opérateurs de services (tels qu'hébergeur des données).

CNP Assurances Protection Sociale pourra également être amenée à transférer les Données à Caractère Personnel à ses partenaires, dont la liste est consultable sur son site Internet, à des fins de prospection commerciale par téléphone et courrier, ainsi que par voie électronique dans le cas où la Personne Concernée y aurait consenti.

Les Données à Caractère Personnel relatives à la gestion :

- ❖ d'un contrat d'assurance santé sont conservées, en principe, pendant 5 ans à compter de la fin du contrat ;
- ❖ et celles relatives à la gestion d'un contrat de prévoyance pendant 10 ans à compter de la fin du contrat et 30 ans à compter du décès de l'assuré ou de l'ayant droit le cas échéant.

Ces délais varieront en fonction notamment des finalités énoncées précédemment, de la durée de la relation contractuelle et des délais de prescriptions légaux applicables.

CNP Assurances Protection Sociale prend toutes les mesures de sécurité nécessaires afin de protéger les Données à Caractère Personnel contre toute violation de ces Données. Notamment, CNP Assurances Protection Sociale a fait le choix de privilégier l'hébergement et le traitement de ces Données sur le territoire français, ou, dans un pays membre de l'Union Européenne. Le cas échéant, elle contractualise avec ses prestataires en prenant des mesures de protection respectant la Réglementation en vigueur.

Les Personnes Concernées disposent d'un certain nombre de droits, en application de la Réglementation :

- ❖ d'un droit d'accès et de communication sur les informations les concernant et les traitements associés ;
- ❖ d'un droit de rectification avec une possibilité de compléter et de mettre à jour leurs informations ;
- ❖ d'un droit à la portabilité afin de transmettre les informations les concernant à un tiers ;
- ❖ d'un droit à la détermination du sort de leurs Données à Caractère Personnel en cas de décès ;
- ❖ d'un droit de suppression de leurs Données à Caractère Personnel ;
- ❖ d'un droit à la limitation du traitement les concernant ;

- ❖ d'un droit d'opposition au traitement de leurs Données à Caractère Personnel ;
- ❖ d'un droit au retrait du consentement pour l'utilisation de leurs Données à Caractère Personnel, lorsque le traitement est fondé sur leur consentement.

Les Personnes Concernées peuvent également à tout moment s'opposer aux traitements de leurs Données à des fins de prospection commerciale par CNP Assurances Protection Sociale en cliquant sur le lien de désinscription ou en suivant la procédure d'opposition figurant sur les emails ou SMS commerciaux ou en s'inscrivant sur Bloctel pour le démarchage téléphonique.

Certains de ces droits sont soumis à conditions par la réglementation et feront l'objet d'une analyse en ce sens.

Les personnes concernées peuvent exercer ces différents droits par courriel mesdonnees@cnp-ps.fr, en se rendant sur notre site internet <http://cnp-protectionsociale.fr> ou en contactant le service DPO par courrier (CNP Assurances Protection Sociale - Service DPO - 1-11 rue Brillat Savarin - 75634 PARIS Cedex 13).

Il est également possible, si cela s'avère nécessaire, d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour plus d'informations sur le traitement des Données et les droits dont les Personnes Concernées disposent en la matière, il est possible de consulter la Politique de protection des données accessible sur notre site Internet.

Support des relations contractuelles et droit d'opposition

L'Assureur peut proposer à l'assuré que les informations et documents relatifs à son contrat lui soient fournis de façon dématérialisée et notamment par courrier électronique.

L'assuré peut s'opposer à l'utilisation du courrier électronique dès la signature de la demande d'adhésion ou à tout moment ultérieurement et demander par tout moyen à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles.

Autorité de contrôle

Conformément à l'article L.310-12 du Code des assurances, l'organisme de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;**
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'assuré contre l'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 l'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour la garantie décès, le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, pour la garantie décès, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par :

- ✓ les causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
 - la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure
 - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- ✓ la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- ✓ l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Assureur au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Subrogation

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers responsables à concurrence de toute prestation à caractère indemnitaire versée en application du contrat.

Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions du présent contrat l'Assureur est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux, de financement du terrorisme et de gel des avoirs, issues principalement du Code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier), ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

Afin de lui permettre de respecter ses obligations, le Souscripteur et les assurés s'engagent à remettre à l'Assureur les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui leur sont demandés.

En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments pourra être actualisé régulièrement.

A défaut d'obtenir les justificatifs demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci (article L561-8 du Code monétaire et financier).

Le Souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

Réticence ou fausse déclaration

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Revalorisation des prestations

Taux de revalorisation des prestations

Le taux de revalorisation est déterminé tous les ans.

Il est égal à :

(90% du taux financier) – le taux technique

Ce taux ne peut pas être négatif ni être supérieur à 0,50%.

Le taux financier est égal au taux de rendement net de l'actif général de l'Assureur.

Le taux technique est égal au taux technique moyen constaté sur les prestations en cours de service et concernées par la revalorisation. Les prestations dues en cas de décès et les prestations dues en cas d'arrêt de travail font l'objet d'un calcul de taux technique distinct.

Revalorisation des prestations dues en cas d'arrêt de travail ou en cas de décès / perte totale et irréversible d'autonomie précédé d'un arrêt de travail

Les prestations dues en cas d'arrêt de travail sont revalorisées, le 1^{er} janvier de chaque année, du taux de revalorisation correspondant.

La première revalorisation a lieu le 1^{er} janvier suivant le 181^{ème} jour d'arrêt de travail continu.

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

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

La revalorisation s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie pour les assurés en arrêt de travail bénéficiant du maintien des garanties décès. **Cette revalorisation s'applique depuis l'arrêt de travail jusqu'à la date du décès.**

Revalorisation des rentes servies en cas de décès

Les rentes sont revalorisées, le 1^{er} janvier de chaque année, du taux de revalorisation correspondant, dès le 1^{er} janvier suivant le 181^{ème} jour qui suit la date du décès de l'assuré, ou la date d'exigibilité de la prestation due en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

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

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

Revalorisation des capitaux versés en cas de décès

Le capital versé en cas de décès est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception par l'Assureur des pièces nécessaires au paiement du capital dû au(x) bénéficiaire(s) ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-5 du Code des assurances. Cette revalorisation s'effectue dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Plafonds de garantie

En cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré, les capitaux et les capitaux constitutifs de rentes sont limités à un montant de 8.000.000 euros.

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de perte totale et irréversible d'autonomie d'au moins trois assurés dans les six mois de sa survenance, les engagements de CNP Assurances Protection Sociale pour l'ensemble des capitaux et des capitaux constitutifs de rentes versées ou garanties au titre de cet événement, se limiteront à un montant de 20.000.000 euros.

Exclusions des garanties

Exclusions liées aux garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclus au titre des garanties :

❖ **Décès toutes causes, Double Effet :**

- ✓ le suicide, survenant la première année d'adhésion de l'assuré.

Toutefois, la garantie est accordée à l'assuré dont le suicide survient moins d'un an après son adhésion au contrat, dès lors que celle-ci fait suite à une précédente adhésion à un régime de prévoyance de même nature et qui justifie à la date du décès et avec le présent contrat d'une adhésion continue d'un an ou plus.

- ✓ le décès consécutif à une guerre civile ou étrangère.

❖ **Décès consécutif à un accident, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutive à un accident :**

- ✓ tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
- ✓ accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, si l'assuré prend une part active ;
- ✓ l'explosion, le dégagement de chaleur, l'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules ;
- ✓ la participation à des paris, courses, tentatives de records, sauf compétitions sportives réalisées à titre amateur selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré ;
- ✓ essais préparatoires, démonstrations, acrobaties, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- ✓ la pratique de la navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas le brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré.

Exclusions liées aux garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne s'appliquent pas en cas :

- ✓ de luttes, duels, rixes, attentats ou agressions auxquels l'assuré participe, sauf s'il est établi qu'il était en état de légitime défense ou qu'il assistait une personne en danger ;
- ✓ de fait direct ou indirect d'émeutes, d'actes de terrorisme et de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- ✓ de fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;
- ✓ de dommages résultant directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation, lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité, ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules ;
- ✓ de participation à des paris, courses, tentatives de records, sauf compétitions sportives réalisées à titre amateur selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré ;
- ✓ d'état d'imprégnation alcoolique de l'assuré constaté par la présence d'un taux d'alcoolémie, au moment de l'accident, égal ou supérieur à celui autorisé par le code de la route ;
- ✓ d'usage de stupéfiants, de psychotropes hors prescription médicale ;
- ✓ de manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- ✓ de pratique des compétitions automobiles et motocyclistes, à titre professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- ✓ d'absence non consécutive à une maladie ou un accident mais qui serait indemnisée pour des raisons exceptionnelles par l'assurance maladie.

Il est rappelé que les garanties arrêt de travail ne s'appliquent pas durant le congé légal de maternité ou de paternité.

Contrôle médical et administratif

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Assureur peut faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Les contrôles pourront être réalisés, même après résiliation du contrat tant que l'Assureur verse des prestations.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'assuré refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives ou s'il est constaté que les pièces communiquées sont erronées ou falsifiées.

Contrôle médical

Dans le cadre du contrôle médical, l'Assureur mandate un médecin à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de l'état de l'assuré.

À tout moment, les médecins mandatés par l'Assureur auront le libre accès à l'assuré en arrêt de travail ou en invalidité, afin de pouvoir constater son état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté. Les honoraires du médecin chargé du contrôle sont supportés par l'Assureur.

En cas de contestation médicale, l'assuré pourra désigner un médecin afin que celui-ci et le médecin conseil de l'Assureur recherchent une position commune en vue de déterminer si l'état de santé de l'assuré répond aux conditions de versement des prestations prévues au contrat. A défaut d'accord, l'Assureur invitera son médecin conseil et le médecin de l'assuré à désigner un médecin tiers-expert, lequel émettra un avis. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du tribunal judiciaire du ressort de l'Assureur. L'accord éventuel des parties sur l'avis du médecin tiers-expert sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

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

Contrôle administratif

L'Assureur peut également, à tout moment, effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles, indépendamment de la prise en charge de l'assuré par la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Il est précisé que l'envoi de pièces justificatives erronées ou falsifiées dont l'objectif est d'obtenir le paiement de prestations pourra donner lieu à l'engagement de poursuites judiciaires par l'Assureur à l'encontre de l'assuré.

Maintien des garanties - Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat

Les prestations incapacité ou invalidité en cours de service à la date de résiliation du contrat de prévoyance sont maintenues dans leur montant atteint à cette date, dans les limites des garanties correspondantes telles que définies aux tableaux « Garanties en cas d'arrêt de travail » en annexe.

Les garanties décès ainsi que la perte totale et irréversible d'autonomie sont maintenues lorsque l'assuré est indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation ou non-renouvellement du contrat.

Le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'assuré :

- ✓ reprend une activité professionnelle à temps plein,
- ✓ ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des prestations en cas d'arrêt de travail,
- ✓ refuse de se soumettre au contrôle médical demandé par CNP Assurances Protection Sociale conformément aux dispositions prévues au paragraphe « Contrôle médical et administratif »,
- ✓ est reconnu apte, par le médecin conseil de CNP Assurances Protection Sociale à reprendre une activité professionnelle à temps plein, quelle qu'elle soit conformément aux dispositions prévues aux dispositions du paragraphe précité,
- ✓ liquide sa pension vieillesse du régime obligatoire d'assurance maladie quel qu'en soit le motif,
- ✓ décède.

ANNEXE 1 – TABLEAUX DES GARANTIES

Contrat n° MG/P/25907800UAP

Catégorie bénéficiaire : Ensemble du personnel non cadre selon la classification de la CCN applicable dans l'entreprise.

Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2025

❖ GARANTIES EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

GARANTIES	Montant de la prestation en % du salaire de référence
DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES	
En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré quelle qu'en soit la cause, versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), d'un capital égal à :	
✓ Assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps judiciairement sans personne à charge	100%
✓ Assuré marié ou lié par un PACS sans personne à charge	200%
✓ Assuré, quelle que soit sa situation matrimoniale, ayant une personne à charge	250%
✓ Majoration par personne à charge (à compter de la 2 ^{ème})	50%
DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE CONSECUTIFS A UN ACCIDENT	
En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré consécutif à un accident, versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), d'un capital supplémentaire égal à :	100% du capital décès toutes causes
DOUBLE EFFET	
En cas de décès du conjoint ou partenaire de l'assuré survenant simultanément ou postérieurement au décès de ce dernier, versement d'un capital réparti par parts égales entre chaque enfant demeuré à charge et égal à :	100% du capital décès toutes causes

GARANTIES	Montant de la prestation en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale
ALLOCATION OBSEQUES	
En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou partenaire ou d'un enfant à charge, versement à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, d'une allocation égale à :	
En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, le montant de l'allocation est limité aux frais réellement engagés.	50%

❖ GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

GARANTIES	Montant de la prestation en % du salaire de référence sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré, versement d'une indemnité journalière égale à :	85%
Cette indemnité journalière est versée à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu.	

GARANTIES	Montant de la prestation en % du salaire de référence sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	
En cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à une maladie ou à un accident de la vie privée, versement d'une rente annuelle égale à :	
✓ 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégories	80%
✓ 1 ^{ère} catégorie	48%
INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	
En cas d'incapacité permanente totale ou partielle consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, versement d'une rente annuelle égale à :	
✓ Taux d'incapacité « N » supérieur ou égal à 66%	80%
✓ Taux d'incapacité « N » compris entre 33% et 66%	80%
✓ Taux d'incapacité « N » supérieur ou égal à 10% et inférieur à 33%	48%
« N » étant le taux d'incapacité permanente	
Aucune prestation n'est due par l'Assureur si le taux d'incapacité « N » est ou devient inférieur à 10%.	

Service associé au contrat

Accompagnement au retour à l'emploi – PREVIA*

Pour accompagner le Souscripteur dans la gestion des arrêts de travail de courte (inférieur à 90 jours) ou de longue durée (plus de 90 jours), CNP Assurances Protection Sociale, par le biais de Flex**, propose aux assurés de bénéficier d'une démarche personnalisée sur plusieurs mois par une équipe pluridisciplinaire.

Cet accompagnement peut être déclenché pour :

- ✓ les pathologies musculosquelettiques ou dorsolombaires, psychologiques ou traumatiques,
- ✓ un cancer,
- ✓ une maladie chronique.

Une démarche globale qui permet d'accompagner l'assuré en arrêt de travail sur 3 champs :

- ✓ la reconstruction physique et la recherche de solutions pour un poste adapté,
- ✓ la gestion du stress et des émotions,
- ✓ le bien-être post traitement.

* Le service accompagnement retour à l'emploi est réalisé par la société Prévia, SAS au capital de 91 245, 60€, 442 033 965 RCS Nanterre, siège social sis 75 rue des français Libres, 44200 Nantes.

** Flex, marque commerciale de Flex Conseil et Services, appartenant au Groupe CNP, SAS au capital de 4.000.000 euros, 841 181 274 RCS Paris, siège social sis 1-11, rue Brillat Savarin 75013 Paris

ANNEXE 2 – ETENDUE DES GARANTIES

Le bénéfice du contrat est étendu, dans les mêmes conditions de garanties et de tarification, à l'ensemble des membres du personnel des entreprises souscriptrices suivantes :

RAISON SOCIALE	ADRESSE	SIRET
ICF ATLANTIQUE SA D'HLM	16 RUE HENRI BARBUSSE 37700 SAINT-PIERRE-DES-CORPS	775 690 886 00822
ICF LA SABLIERE SA D'HLM	24 RUE DE PARADIS 75010 PARIS	552 022 105 00357
ICF NORD-EST SA D'HLM	2 B RUE LAFAYETTE 57000 METZ	304 747 835 00615
ICF NOVEDIS SA	24 RUE DE PARADIS 75010 PARIS	572 010 320 00818
ICF SUD-EST MEDITERRANEE SA D'HLM	IMMEUBLE ANTHEMIS 124 BOULEVARD MARIUS VIVIER-MERLE 69003 LYON	775 690 944 00506
TRANS'ACTIF IMMOBILIER	24 RUE DE PARADIS 75010 PARIS	514 367 978 00046

Il est précisé que chaque entreprise souscriptrice est seule responsable du paiement de la part de cotisation qui lui incombe.

En outre, l'extension cessera de plein droit à minuit le jour de la résiliation du contrat et dans tous les autres cas prévus au contrat.

GLOSSAIRE

Les mots et expressions suivants ont, dans le cadre de la présente notice d'information, la signification suivante :

Accident	<p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment les accidents cardio-vasculaires, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc...).</p> <p>Ne sont également pas considérés comme accidentels les dommages résultant d'un accident médical ou chirurgical.</p>
Accident du travail ou maladie professionnelle	<p>Tout accident du travail ou maladie professionnelle reconnus et indemnisés comme tels par le régime obligatoire d'assurance maladie.</p>
Assuré	<p>Personne physique, membre du personnel salarié du Souscripteur, relevant de la catégorie bénéficiaire du contrat.</p>
Concubin	<p>La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ soient libres de tout lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés (ées), ✓ ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne ✓ vivent sous le même toit depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation. Néanmoins, lorsqu'un enfant est issu de ce concubinage, aucune condition de durée de vie commune n'est exigée si l'enfant est reconnu par l'assuré et son concubin. <p>Le concubin n'est pas assimilé au conjoint pour l'application des garanties.</p>
Conjoint	<p>L'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé et non séparé de corps judiciairement.</p>
Enfants à charge	<p>Sont considérés comme enfants à charge au titre du contrat, ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut de son partenaire d'un PACS ou de son concubin tels que définis ci-avant, légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis sous réserve qu'ils soient :</p> <p>D'une part :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ âgés de moins de 20 ans, ✓ âgés de moins de 25 ans sous réserve que leur situation corresponde à l'un des cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> ❖ ils poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité) et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à 70% du SMIC, ❖ ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage et leur rémunération mensuelle est inférieure à 70% du SMIC, ❖ ils sont inscrits à France Travail comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi ; ✓ quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la Sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement leurs ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'État et de toutes ressources attachées au handicap) et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) dans les conditions prévues par les articles L.821-1 et suivants, R.821-1 et suivants, et D.821-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ; et que leur invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études. <p>D'autre part :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiscalement à charge de l'assuré, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global. ✓ <u>Ou fiscalement à charge du partenaire lié à l'assuré par un Pacs ou du concubin et qu'ils soient reconnus ou adoptés par l'assuré.</u> <p>Sont également considérés comme enfants à charge, les enfants de l'assuré nés moins de 300 jours suivant la date du décès de l'assuré.</p>

Partenaire	<p>La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité – PACS non dissout et non rompu. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).</p> <p>Le partenaire est assimilé au conjoint pour l'application des garanties.</p>
Personnes à charge	<p>Sont considérés comme personnes à charge au titre du contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les enfants à charge tels que définis ci-avant, ✓ la personne fiscalement à charge de l'assuré c'est-à-dire prise en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu imposable.
Souscripteur	<p>La société qui a conclu le contrat avec CNP Assurances Protection Sociale au bénéfice des salariés relevant de la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit</p>

Gestionnaire du contrat

Pour toute information, n'hésitez pas à contacter

CNP Assurances Protection Sociale



CG 733
TSA 30056
69796 SAINT PRIEST CEDEX

Assurons
un monde
plus ouvert



CNP Assurances Protection Sociale - Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 293 461 890 euros entièrement libéré.
Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 1-11 rue Brillat-Savarin – 75013 Paris - 905 054 128 RCS PARIS

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !