

Contrat Prévoyance Entreprises

NOTICE D'INFORMATION

en vigueur au 01/01/2024

Contrat collectif à adhésion obligatoire

» SOMMAIRE

I - DÉFINITIONS	04
II - DISPOSITIONS COMMUNES	06
1 - Qui peut bénéficier des garanties ?	06
2 - Territorialité de vos garanties	06
3 - Durée de vos garanties	06
4 - Maintien de vos garanties	06
5 - Contrôle médical	08
6 - Cotisations	08
7 - Base de vos garanties	08
8 - Revalorisation de vos prestations	08
9 - Comment procéder en cas de litiges-réclamations ?	09
10 - Règles et délais de prescription	10
11 - Fausse déclaration	10
12 - Organisme de contrôle	10
13 - Protection de vos données à caractère personnel	10
III - DISPOSITIONS RELATIVES À CHACUNE DES GARANTIES	11
14 - Garantie décès essentielle	11
15 - Garanties décès optionnelles	12
16 - Garanties de rentes optionnelles	13
17 - Garanties d'incapacité et invalidité/ incapacité permanente professionnelle optionnelles	14
18 - Bénéficiaires des garanties	17
19 - Exclusions	17
ANNEXE I - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	20
ANNEXE II - LES GARANTIES D'ASSISTANCE	

» PRÉAMBULE

Un régime de protection sociale complémentaire a été mis en place par votre employeur au bénéfice de la catégorie de personnel assurable mentionnée dans le certificat d'affiliation.

La présente notice d'information qui vous a été remise par votre employeur est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites.

Cette notice d'information associée au certificat d'affiliation vous permet de connaître les garanties et prestations auxquelles vous pouvez prétendre ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

Les garanties ont été souscrites par votre employeur dans le cadre d'un contrat de prévoyance collectif à adhésion obligatoire souscrit auprès de Apivia Macif Mutuelle, et auquel vous êtes affilié.

Ce contrat dénommé **PRÉVOYANCE ENTREPRISES** est régi par le Code de la mutualité. La langue utilisée est le français et le contrat est soumis à la loi française.

Les parties au contrat sont les suivantes :

- **L'ASSUREUR** : Apivia Macif Mutuelle - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.
- Le **SOUSCRIPTEUR** : l'entreprise ou la personne morale, dont le représentant légal est signataire des conditions particulières.
- Les **ASSURÉS** ou **VOUS** : l'ensemble des salariés de l'entreprise souscriptrice appartenant à la catégorie de personnel assurable telle qu'exposé aux conditions particulières et dans le certificat d'affiliation.

➤ I - DÉFINITIONS

A

Accident

- Est considérée comme accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire des prestations, provenant d'un évènement extérieur, soudain et involontaire.
- Est considéré comme accident, tout accident du travail reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

En tout état de cause sont considérés comme accidents les seuls accidents survenus pendant que le contrat est en cours de validité.

Le décès de l'assuré est considéré accidentel si les suites et conséquences interviennent dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Par accident de la circulation il faut entendre :

- tout accident tel que défini dans les présentes, survenu au cours d'un trajet de l'assuré à pied sur une voie publique ou privée, provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton ;
- tout accident survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré :
 - en tant que passager d'une ligne régulière de transports par voie de fer, d'air ou d'eau ;
 - en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Le décès de l'assuré est considéré comme accidentel si les suites et conséquences interviennent dans les 12 mois suivant la date de l'accident de la circulation.

Assurés

Ce sont les salariés de l'entreprise souscriptrice appartenant à la catégorie de personnel assuré et dont l'affiliation au contrat a été régularisée.

Assureur

Il s'agit de l'organisme auprès duquel le souscripteur a souscrit le contrat d'assurance collective.

C

Catégorie de personnel

Tout ou partie du personnel déterminé à partir de critères objectifs tels que définis à l'article R242-1-1 du Code de la sécurité sociale permettant d'établir la catégorie de salariés assurés.

Conjoint (concubin, partenaire de pacs)

Est considéré comme conjoint :

- la personne mariée à l'assuré, non divorcée et non séparée judiciairement de corps ;

- la personne liée à l'assuré par un Pacte civil de Solidarité (Pacs). L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par l'acte d'enregistrement, soit par la copie du contrat de Pacs ;
- le(a) concubin(e) sous condition de résidence commune, pouvant être prouvée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF) et à condition que les concubins ne soient pas, l'un ou l'autre, mariés par ailleurs.

C'est la situation de famille existante au moment du sinistre qui est retenue pour le calcul des prestations.

E

Enfant(s) à charge

Sont considérés comme enfants à charge sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :

- sans condition les enfants de l'assuré jusqu'à leur 19^e anniversaire, qu'ils soient naturels, adoptés ou recueillis, et jusqu'à leur 29^e anniversaire à condition :
 - de poursuivre de manière continue des études secondaires supérieures ou professionnelles dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être inscrit au Pôle Emploi avant le premier emploi (stagiaire de la formation professionnelle ou demandeur d'emploi) ;
 - d'être employé en ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou en atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de temps :
 - les enfants de l'assuré reconnus par la Sécurité sociale en état d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie avant leur 29^e anniversaire ou bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé avant leur 29^e anniversaire ;
- les enfants à charge du conjoint, partenaire de Pacs, concubin, ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation dans les mêmes conditions que les enfants de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré nés viables moins de trois cents jours après le décès de l'assuré.

F

Franchise

On entend par franchise, la période constituée par les jours d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre au service des prestations.

La franchise peut être continue, elle correspond alors à un nombre de jours consécutifs au-delà duquel l'assureur verse la prestation. Chaque nouvel arrêt de travail donne alors lieu à un nouveau décompte de jours de franchise au-delà duquel l'assureur commence à verser les prestations.

La franchise peut être discontinuée, elle correspond alors au nombre de jours d'arrêt de travail consécutifs ou non sur les douze (12) derniers mois glissants, précédant l'arrêt de travail, après lesquels la prestation commence à être servie.

R

Rechute

Nouvelle manifestation d'une affection constatée médicalement donnant droit à une prise en charge au titre de la Sécurité sociale, et ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au titre du présent contrat, et survenue dans les 2 mois suivant la reprise du travail.

S

Salaire brut de référence

Le salaire brut de référence est le salaire brut versé par l'entreprise souscriptrice à l'assuré, qui a été soumis à cotisation de Sécurité sociale au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire est le cas échéant, majoré des rémunérations variables supplémentaires, y compris primes et gratifications quelle que soit la périodicité de versement au cours de l'année civile de référence.

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à douze mois, le salaire brut de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Les indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés...) ne sont pas intégrées dans le salaire brut de référence. Le salaire brut de référence servant de base à la détermination du montant des garanties, est revalorisé, le cas échéant, entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations incapacité temporaire - invalidité ou la date du décès (ou de l'invalidité absolue et définitive, IAD), en fonction de l'indice de revalorisation visé au 3.4.1.

Lorsque votre salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou accident ou pour cause de suspension de contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement, le salaire brut de référence correspond au montant de l'indemnisation réellement perçue au cours de la période de suspension du contrat de travail.

Salaire net d'activité

Le salaire net d'activité est le salaire versé par l'entreprise souscriptrice à l'assuré, après application des retenues fiscales et déduction des cotisations sociales obligatoire et/ou conventionnelles au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations. Le salaire net d'activité correspond à la valeur versée par l'employeur et réellement perçue par le salarié en cas d'activité.

Ce salaire est reconstitué, sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité, dans le cas où la période d'assurance est inférieure à douze mois ou dans le cas où le salaire de l'assuré a été réduit ou supprimé dans le cadre d'une suspension de contrat de travail donnant lieu au maintien des garanties.

II - DISPOSITIONS COMMUNES

1 - QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Pour être affilié au contrat d'assurance mis en place par votre entreprise, vous devez :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable ;
- être affilié au régime général de la Sécurité sociale ;
- compléter si nécessaire la demande individuelle d'affiliation.

Vous devez, le cas échéant, vous soumettre à un questionnaire de santé remis par votre employeur. Si les réponses à ce questionnaire l'exigent, l'accomplissement d'examen médicaux complémentaires peut vous être demandé.

2 - TERRITORIALITÉ DE VOS GARANTIES

Les garanties vous sont accordées lorsque vous êtes affilié au régime général de Sécurité sociale français ou à la Caisse des français de l'étranger et que vous exercez votre activité en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion et dans le monde entier lors de séjours et déplacements, personnels ou professionnels ou à l'occasion d'une mission professionnelle n'excédant pas trois (3) mois consécutifs, ou si vous êtes détaché par votre employeur, et bénéficiez à ce titre d'un régime obligatoire français, et sous réserve que votre employeur ait déclaré au moins 15 jours avant le départ tout projet de déplacement professionnel d'un ou plusieurs assurés dans un pays en guerre (civile ou étrangère) ou tout pays figurant sur la liste des pays et régions déconseillées par le ministère français des Affaires étrangères ; et que l'assureur ait formalisé un accord.

Les prestations sont versées, en France et en euros, en complément des prestations versées par le Régime général de la Sécurité sociale française.

3 - DURÉE DE VOS GARANTIES

3.1 - Prise d'effet de vos garanties

Vos garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat.

Cette date d'affiliation correspond selon le cas :

- à la date d'effet du contrat souscrit par l'employeur pour les salariés, présents dans l'effectif à cette date et appartenant à la catégorie de personnel assurée ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée, pour les salariés embauchés postérieurement à la prise d'effet du contrat souscrit par l'employeur, à condition que la demande d'affiliation soit effectuée dans les deux (2) mois qui suivent sa date d'entrée dans les effectifs. Passé ce délai l'affiliation prendra effet à la date de réception de la demande d'affiliation par l'assureur.

3.2 - Suspension de vos garanties

En cas de suspension de votre contrat de travail, vos garanties sont elles-mêmes suspendues de plein droit au titre de la même période, sauf si la suspension rentre dans le cadre d'application de l'article 4.1.

Les garanties reprennent leurs effets dès votre reprise du travail au sein de l'effectif assuré **sous réserve que l'employeur en ait informé l'assureur dans le mois qui suit la reprise.**

Passé ce délai, l'affiliation ne reprend ses effets qu'à la date de réception de la déclaration de reprise faite à l'assureur par votre entreprise.

3.3 - Cessation de vos garanties

Vos garanties cessent dans les cas suivants :

- lorsque vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assuré ;
- à la date de cessation de votre contrat de travail (sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la mise en œuvre de la portabilité) ;
- en cas de décès ;
- à la liquidation de vos droits à la retraite, sauf lorsque vous continuez à exercer une activité professionnelle au sein de l'entreprise souscriptrice dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, sous réserve de l'existence d'un contrat de travail et que cette information ait été portée à la connaissance de l'Assureur ;
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance.

4 - MAINTIEN DE VOS GARANTIES

4.1 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération

Les garanties souscrites par votre employeur au bénéfice de la catégorie de personnel à laquelle vous appartenez sont maintenues pendant la durée de la suspension de votre contrat de travail lorsque cette dernière :

- a donné lieu au versement d'indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- ou à un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur, ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité complémentaire) financée en tout ou partie par l'employeur, qu'elle soit versée directement par celui-ci pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- a donné lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congés rémunéré par l'employeur.

Lesdites garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension répondant aux conditions définies ci-dessus et sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions applicables aux salariés de la même catégorie, dont le contrat de travail n'est pas suspendu. La cotisation est celle prévue pour les salariés en activité pour les risques couverts.

Le cas échéant, en cas de règlement de la cotisation par vos soins, le bénéficiaire du droit au maintien des garanties vous est octroyé de nouveau.

4.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance

4.2.1 - MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS OU IAD EN CAS D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ, EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

En cas de résiliation du contrat collectif d'assurance, les garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive resteront acquises au bénéficiaire du salarié assuré ou de l'ancien salarié en état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente, tant que l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente telle que définie au contrat perdurera.

Toutefois, si le salarié assuré a été affilié au contrat d'assurance, alors qu'il percevait une rente incapacité temporaire de travail ou invalidité par un précédent assureur, l'assureur versera ses prestations décès en déduisant celles éventuellement maintenues par ledit précédent assureur.

4.2.2 - MAINTIEN DES PRESTATIONS D'INCAPACITÉ ET D'INVALIDITÉ EN COURS DE SERVICE, EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les salariés assurés et anciens salariés en arrêt de travail à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une invalidité qui perçoivent des prestations au titre de ce contrat, ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente, bénéficient d'un maintien des prestations tant que se poursuit l'arrêt de travail ou qui sont classés en état d'invalidité.

4.3 - Portabilité des garanties après la rupture du contrat de travail

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ensemble des garanties définies au contrat sera maintenu.

4.3.1 - CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA PORTABILITÉ

L'ancien salarié doit pouvoir justifier de la prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien. Son affiliation et ses droits à garantie doivent avoir été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties au titre de la portabilité ci-exposée s'engage, en outre, à informer l'assureur de toute modification de sa situation et notamment la cessation de la prise en charge par le régime d'assurance chômage et/ou sa reprise d'activité professionnelle.

L'assureur se réserve le droit de demander à tout moment la production de justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage.

4.3.2 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE LA PORTABILITÉ

Le maintien des garanties commence au lendemain de la date de la cessation du contrat de travail et s'applique pendant une durée égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez l'entreprise souscriptrice, appréciée en mois (arrondie au nombre supérieur), tant que l'ancien salarié justifie du bénéfice des droits à allocations versées par l'assurance chômage et dans la limite maximale de douze (12) mois de couverture.

4.3.3 - CESSATION DE LA PORTABILITÉ

Le maintien des garanties cesse :

- au jour du décès de l'assuré ;
- à la date de la cessation de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance ;
- à l'issue de la période de maintien telle que prévue à l'article 4.3.2 de cette notice.

4.3.4 - GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues sont les garanties en vigueur dans l'entreprise. La base de calcul des prestations correspond à la base des garanties telle que prévue à l'article 7 de cette notice, appliquée antérieurement à la cessation du contrat de travail.

En cas d'évolutions des garanties postérieurement au départ de l'ancien salarié, celles-ci s'appliquent automatiquement à lui.

Cependant, les droits garantis par le contrat d'assurance au titre de l'incapacité et de l'invalidité ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (indemnités journalières de la Sécurité sociale incluses) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Les prestations dues au titre du maintien ci-exposé sont versées directement par l'assureur à l'assuré.

4.3.5 - OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

L'employeur doit porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail remis à l'assuré à la fin de son contrat de travail.

Il doit, en outre, informer l'assureur dans les meilleurs délais de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à portabilité, ou de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties en précisant la date de cessation ainsi que les motifs de cette dernière.

4.3.6 - FINANCEMENT DU MAINTIEN

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation du risque, intégré aux cotisations du contrat d'assurance. A ce titre, les assurés ne s'acquittent d'aucune cotisation pendant toute la durée du maintien de la garantie.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail même à temps partiel.

6.3 - Sanction en cas de non-paiement des cotisations

En application des dispositions de l'article L.221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'assureur adresse au souscripteur, votre employeur, par lettre recommandée avec avis de réception, une mise en demeure.

La garantie est suspendue trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure au souscripteur.

La résiliation du contrat d'assurance et de toutes les affiliations intervient sans autre formalité (sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières) dans les quarante (40) jours suivant l'envoi de lettre de mise en demeure.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective.

En cas de régularisation des cotisations en souffrance avant expiration des délais précités et résiliation effective du contrat, le contrat d'assurance reprend ses effets pour l'avenir à compter du lendemain du jour du règlement de l'arriéré de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure dans son entièreté ainsi que, le cas échéant des frais de poursuite.

5 - CONTRÔLE MÉDICAL

L'assureur peut à tout moment faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'octroi ou la poursuite des prestations. De la même façon, l'assureur peut exiger la fourniture des pièces justificatives afférentes à ces contrôles.

En cas de refus de l'assuré, ce dernier pourra se voir opposé par l'assureur un refus ou une suspension du versement des prestations.

6 - COTISATIONS

6.1 - Assiette des cotisations

Les taux de cotisations correspondent à un pourcentage d'une ou plusieurs tranches du salaire brut de référence tel que défini dans la présente notice au titre de la période pour laquelle ces cotisations sont dues.

Exemples :

- Tranche 1 ou "T1" : limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche 2 ou "T2" : comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

6.2 - Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement des cotisations, aussi bien pour la part salariale que la part patronale lorsque :

- vous êtes en arrêt de travail et bénéficiaire d'indemnités journalières complémentaires au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail lorsque celle-ci a été souscrite ;
- vous êtes en invalidité et bénéficiaire de rentes ou allocations complémentaires au titre d'une garantie invalidité prévue aux présentes lorsque celle-ci a été souscrite.

7 - BASE DE VOS GARANTIES

Au titre du contrat d'assurance, la base de garantie est définie en fonction d'une ou plusieurs tranches du salaire brut de référence tel que défini dans cette notice, au titre de la période retenue pour le calcul des cotisations ou des prestations.

Si vous ne comptez pas douze mois entiers de présence dans l'entreprise au moment du sinistre, ou si pendant cette période votre salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou accident ou pour cause de suspension de contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement, votre salaire annuel est calculé selon la définition du salaire brut de référence prévue aux présentes.

8 - REVALORISATION DE VOS PRESTATIONS

8.1 - Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations en cours de service donnant lieu à des versements périodiques sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier.

L'indice de revalorisation est défini annuellement par l'assureur en fonction des résultats techniques et financiers.

La revalorisation intervient au plus tôt un an après le versement de la première prestation et au maximum une fois par année civile.

8.2 - Caractère indemnitaire des prestations

Le cumul :

- des prestations complémentaires versées à l'assuré, au titre du présent contrat ;
- des indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale ;
- des salaires et autre revenu du travail versés par un employeur ;
- des allocations versées au titre du régime français d'assurance chômage ;
- de toute autre prestation de même nature versée par un autre organisme assureur,

ne doit en aucun cas permettre au salarié de percevoir, plus que le salaire net d'activité tel que défini aux présentes.

Le cas échéant les prestations ou fractions de prestations indûment versées par l'assureur pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire les prestations sont réglées par l'assureur au souscripteur, jusqu'à rupture effective du contrat de travail de l'assuré. En sa qualité d'employeur, le souscripteur se charge du versement de la prestation en application du principe indemnitaire énuméré au présent paragraphe.

8.3 - Revalorisations des prestations après le décès de l'assuré

Conformément aux dispositions de l'article L.223-19-1 du Code de la mutualité, le capital décès est revalorisé à compter du décès de l'assuré et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement mentionnées à l'article L.223-22-1 du Code de la mutualité ou, le cas échéant jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité.

L'indice de revalorisation est défini annuellement par l'assureur en fonction des résultats techniques et financiers, sans pour autant être inférieur au taux mentionné à l'article R.223-9 du Code de la mutualité.

8.4 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'un accident ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

9 - COMMENT PROCÉDER EN CAS DE LITIGES-RÉCLAMATIONS ?

9.1 - Réclamations et procédure de médiation

9.1.1 - RÉCLAMATIONS

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le souscripteur ou l'assuré ou les bénéficiaires peuvent adresser une réclamation à l'assureur, au travers de l'un des canaux de contacts listés ci-après.

Le réclamant peut procéder par :

- dépôt de la réclamation auprès d'un conseiller de vente qui transmettra sans délais aux services de gestion de l'assureur ;
- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (espace adhérent), accessible à l'adresse internet figurant sur sa lettre d'accueil ;
- courrier électronique adressé à : reclamations-prevoyancecollective@macif.fr
- courrier adressé à :
Macif - Service Client - TSA 91122 - 69501 Lyon cedex 03

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

9.1.2 - MÉDIATION

Si le mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, l'assureur, le souscripteur ou l'assuré ou les bénéficiaires peuvent alors saisir la Médiation de l'assurance par courrier à l'adresse : TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09 ou par internet sur www.mediation-assurance.org

La saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de nos services.

9.2 - En cas de litiges d'ordre médical

En cas de désaccord sur les conclusions médicales de l'assureur, vous pouvez en contester le bienfondé à l'amiable.

Si le désaccord persiste, une expertise médicale contradictoire amiable est alors organisée entre le médecin conseil de l'assureur et votre médecin conseil qui vous assistera.

Dans le cas où aucun accord ne pourrait être réalisé, un médecin arbitre sera alors désigné d'un commun accord par votre médecin et le médecin conseil de l'assureur.

À défaut d'accord, le médecin arbitre sera désigné par le président du Tribunal judiciaire de votre domicile.

Les honoraires du médecin conseil ou médecin expert choisi par l'assureur restent à sa charge, ainsi que les frais de nomination du médecin arbitre.

Dans l'hypothèse où le tiers expert désigné confirmerait la position de l'assureur, les honoraires et les frais de désignation du médecin arbitre resteront à votre charge.

10 - RÈGLES ET DÉLAIS DE PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITÉ

Toute action dérivant du contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à partir de l'événement qui y donne naissance. La prescription est fixée à deux ans pour l'invalidité et à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail. 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

ARTICLE L.221-12 DU CODE DE LA MUTUALITÉ

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

11 - FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'assuré et/ou ayant droit entraîne, quelle que

soit la garantie mise en jeu, la nullité de la garantie conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

12 - ORGANISME DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 -75436 Paris cedex 09.

13 - PROTECTION DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à Macif, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site :

<https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

III - DISPOSITIONS RELATIVES À CHACUNE DES GARANTIES

14 - GARANTIE DÉCÈS ESSENTIELLE

La garantie décès essentielle est obligatoirement souscrite par l'employeur.

14.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet, dans l'hypothèse de votre décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, le versement au(x) bénéficiaire(s) tel(s) que défini(s) à l'article 18 de cette notice :

- un capital fixe quelle que soit la situation de famille, ou un capital minoré quelle que soit la situation de famille ainsi qu'une rente d'éducation (capital décès libre choix) ;
- **OU**, d'un capital qui varie en fonction de la situation de famille de l'assuré (capital décès selon situation familiale).

Les choix de modalités de mise en service de la garantie sont définis à l'article 14.2. Les montants des capitaux et rentes garantis sont reportés au certificat d'affiliation.

En cas d'invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, il est versé au(x) bénéficiaire(s), tel(s) que défini(s) à l'article 18 de cette notice, soit un capital fixe, dont le montant est indiqué aux conditions particulières, soit un capital variant selon la situation de famille de l'assuré en date de consolidation de l'invalidité absolue et définitive.

On entend par **invalidité absolue et définitive**, l'impossibilité irréversible d'exercer une activité professionnelle, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 3^o du Code de la sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- l'incapacité permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %..

14.2 - Variantes au choix du souscripteur

Lors de la souscription, le souscripteur choisit l'une des variantes décrites ci-après.

14.2.1 - CAPITAL DÉCÈS LIBRE CHOIX

Lorsque le souscripteur choisit cette variante, dans l'hypothèse de votre décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive quelle qu'en soit la cause, le ou les bénéficiaires tels que définis à l'article 18 de cette notice peuvent, au choix :

- en cas de décès :
 - demander le versement du capital fixe dont le montant est indiqué au certificat d'affiliation ;
 - **OU**, demander le versement du capital minoré dont

le montant est indiqué au certificat d'affiliation ; ainsi que le versement d'une rente d'éducation linéaire dont le montant est indiqué au certificat d'affiliation et dont le ou les bénéficiaires sont les enfants à charge tels que définis dans cette notice et ayant toujours cette qualité au jour du décès.

Afin de bénéficiaire du capital décès libre choix, le capital minimum retenu par le souscripteur doit être au moins égal à 200 % du salaire brut de référence. En cas de désaccord entre les bénéficiaires désignés sur les modalités de versement des prestations en cas de décès de l'assuré, au titre de la garantie capital décès libre choix, l'assureur versera le capital fixe aux dits bénéficiaires selon la répartition figurant dans la clause bénéficiaire.

- en cas d'invalidité absolue et définitive, demander le versement du capital fixe dont le montant est indiqué au certificat d'affiliation.

14.2.2 - CAPITAL DÉCÈS SELON SITUATION FAMILIALE

Lorsque le souscripteur choisit cette variante, dans l'hypothèse de votre décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive quelle qu'en soit la cause, un capital dont le montant est indiqué au certificat d'affiliation est versé au(x) bénéficiaire(s) tel(s) que défini(s) à l'article 18 de cette notice.

Ce capital peut faire l'objet d'une majoration pour enfants à charge, dont le montant est inscrit au certificat d'affiliation. Cette majoration est versée au profit desdits enfants à charge et répartie par parts égales entre eux.

14.3 - Terme de la garantie

Le versement par anticipation du capital de la garantie décès essentielle au titre de l'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès essentielle.

14.4 - Modalités de versement des prestations pour la garantie décès essentielle

Pour la garantie en capital, les prestations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations.

En tout état de cause, quelles que soient les garanties souscrites, le montant des prestations versées au titre de la garantie décès essentielle ne peut excéder 1200 % du salaire brut de référence.

Cette limitation ne saurait être opposée dès lors que son dépassement découle de la mise en oeuvre d'une obligation conventionnelle du souscripteur.

La rente éducation pouvant être versée au titre du capital décès libre choix prend effet au lendemain du décès de l'assuré.

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'assureur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

15 - GARANTIES DÉCÈS OPTIONNELLES

L'ensemble des garanties libellées ci-après peuvent être souscrites, au choix de votre employeur, en complément de la garantie décès essentielle.

Vous bénéficiez des seules garanties souscrites par votre employeur qui sont reportées dans votre certificat d'affiliation.

15.1 - Capital décès doublement accident

15.1.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque cette garantie est souscrite, dans l'hypothèse de votre décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle, un capital est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 18 de cette notice et dont le montant est défini au certificat d'affiliation.

Ce capital est versé dans le cas où le décès survient au maximum dans les douze mois qui suivent la survenance de l'accident et sous condition que le contrat d'assurance soit toujours en cours à la date du décès, sauf cas prévu à l'article 4.2 de cette notice.

Le versement de ce capital vient en cumul des capitaux versés au titre de la garantie décès essentielle.

15.1.2 - TERME DE LA GARANTIE

Le versement par anticipation du capital décès doublement accident en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie capital décès doublement accident.

15.2 - Capital décès triplement accident de la circulation

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie capital décès doublement accident.

15.2.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque cette garantie est souscrite, dans l'hypothèse de votre décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive ayant pour origine un accident de la circulation, un capital

est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 18 de cette notice, et dont le montant est défini au certificat d'affiliation.

Ce capital est versé dans le cas où le décès survient au maximum dans les douze mois qui suivent la survenance de l'accident de la circulation et sous condition que le contrat d'assurance soit toujours en cours à la date du décès, sauf cas prévu à l'article 4.2 de cette notice.

Ce capital vient en cumul des capitaux versés au titre de la garantie décès essentielle et se substitue au capital décès doublement accident.

15.2.2 - TERME DE LA GARANTIE

Le versement par anticipation du capital décès triplement accident de la circulation en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie capital décès triplement accident de la circulation.

15.3 - Capital décès simultané

15.3.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque cette garantie est souscrite, dans l'hypothèse du décès ou en cas d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint tel que défini aux présentes, survenu simultanément au vôtre ou dans les douze mois suivant votre décès ou la survenance de votre état d'invalidité absolue et définitive, un capital est versé au profit des enfants à charge, **sous réserve que le contrat d'assurance soit toujours en cours à la date du décès de votre conjoint.**

15.3.2 - MONTANT ET BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS SIMULTANÉ

Ce capital dont le montant est défini au certificat d'affiliation vient en cumul des capitaux versés au titre de la garantie décès essentielle et est réparti entre les enfants à charge par parts égales entre eux. **Les enfants doivent encore être à la charge du conjoint au jour de son décès ou de son invalidité absolue et définitive.**

15.4 - Allocation frais d'obsèques

15.4.1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de souscription de cette garantie, dans l'hypothèse :

- de votre décès ;
- du décès de votre conjoint tel que défini dans cette notice ;
- du décès d'un ou plusieurs de vos enfants à charge âgé de douze (12) ans et plus ;
- une allocation est versée au bénéficiaire tel que défini ci-après.

15.4.2 - MONTANT DE L'ALLOCATION

Le montant de cette allocation correspond au pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) reporté sur votre certificat d'affiliation, dans la limite des frais engagés pour l'organisation des obsèques.

15.4.3 - BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION

Le ou les bénéficiaires de l'allocation sont la ou les personnes qui ont pris en charge le paiement des frais d'obsèques et qui en présentent les factures acquittées.

15.5 - Capital prédécès

15.5.1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de souscription de cette garantie, un capital est versé en cas de décès survenu antérieurement à votre décès, de l'une des personnes listées ci-après :

- votre conjoint tel que défini dans cette notice ;
- **OU**, un ou plusieurs de vos enfants charge âgés de douze (12) ans et plus.

15.5.2 - MONTANT DU CAPITAL PRÉDÉCÈS

Le montant du capital correspond à un pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) tel que reporté sur le certificat d'affiliation.

15.5.3 - BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL PRÉDÉCÈS

Vous êtes le bénéficiaire du capital prédécès exposé ci-dessus.

15.6 - Modalités de versement des prestations pour les garanties décès optionnelles

Les prestations en capital et les allocations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations (voir annexe 1).

En tout état de cause, quelles que soient les garanties décès essentielle et décès optionnelles souscrites, le montant des prestations versées en capital ne peut excéder 1200% du salaire brut de référence.

Cette limitation ne saurait être opposée dès lors que son dépassement découle de la mise en œuvre d'une obligation conventionnelle du souscripteur.

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'assureur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

16 - GARANTIES DE RENTES OPTIONNELLES

L'ensemble des garanties libellées ci-après peuvent être souscrites, au choix de votre employeur, en complément des garanties décès essentielle et optionnelles.

Vous bénéficiez des seules garanties souscrites par votre employeur qui sont reportées sur votre certificat d'affiliation

16.1 - Rente éducation

16.1.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque la garantie est souscrite, dans l'hypothèse de votre décès, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chacun de vos enfants à charge, dont le montant est défini au certificat d'affiliation.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations. Le bénéfice de la garantie est acquis tant que l'enfant répond à la définition d'enfant à charge telle qu'indiquée dans cette notice.

Vos enfants reconnus par la Sécurité sociale en état d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie avant leur 29^e anniversaire ou bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé avant leur 29^e anniversaire, bénéficient de la garantie tant que dure leur état d'invalidité ou le bénéfice du versement de l'allocation adulte handicapé et jusqu'à leur décès.

16.1.2 - VARIANTES AU CHOIX DE VOTRE EMPLOYEUR

Le souscripteur peut choisir l'une ou l'autre des deux variantes décrites ci-après :

- Rente éducation progressive (variante 1)
Le montant de la rente est déterminé à la souscription et inscrit au certificat d'affiliation, il évolue en fonction de l'âge de(s) enfant(s) bénéficiaire(s).
- Rente éducation linéaire (variante 2)
Le montant de la rente est fixe et déterminé à la souscription. Il est inscrit au certificat d'affiliation.

16.1.3 - ALLOCATION ORPHELIN

Dans l'hypothèse de votre décès simultanément à celui de votre conjoint, parent du ou des enfant(s) bénéficiaire(s) de la rente éducation, le montant de ladite rente éducation, quelle que soit la variante souscrite, est doublé.

Est considéré comme décès simultané, le décès de l'assuré ou de son conjoint qui survient dans les douze (12) mois qui suivent le décès du premier des deux.

16.1.4 - TERME DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION ET DE L'ALLOCATION ORPHELIN

Les garanties cessent lorsque l'enfant à charge ne répond plus à la définition d'enfant à charge telle que stipulée dans cette notice.

16.2 - Rente handicap

16.2.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Il est versé une rente viagère à chaque enfant reconnu handicapé dès lors qu'il est âgé de moins de 29 ans à la survenance du décès ou de l'IAD de l'assuré.

La qualité de personne handicapée s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations dès lors que l'enfant est reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie ou s'il est bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH).

16.2.2 - VERSEMENT DE LA RENTE HANDICAP

Le versement de la rente prend fin au plus tard, au jour du décès du bénéficiaire.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive du salarié.

16.2.3 - MONTANT DE LA RENTE HANDICAP

Le montant de la rente est déterminé à la souscription et inscrit au certificat d'affiliation.

La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive du salarié. Elle est payable trimestriellement à terme d'avance. L'évolution annuelle du montant de base de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), ou, à défaut, sur l'augmentation d'une allocation ayant le même objet.

16.3 - Rentes de conjoint

16.3.1 - RENTE DE CONJOINT VIAGÈRE

Lorsque cette garantie est souscrite, dans l'hypothèse de votre décès avant la liquidation de vos droits à la retraite, il est attribué à votre conjoint survivant, tel que défini dans cette notice, une rente viagère immédiate, dont le montant est inscrit au certificat d'affiliation.

16.3.2 - RENTE DE CONJOINT TEMPORAIRE

Lorsque cette garantie est souscrite, dans l'hypothèse de votre décès avant la liquidation de vos droits à la retraite, il est attribué une rente temporaire, dont le montant est inscrit au certificat d'affiliation, à votre conjoint survivant, tel que défini dans cette notice.

Le conjoint survivant ne doit pas remplir les conditions requises pour bénéficier de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire de l'assuré décédé.

La rente de conjoint temporaire est payable jusqu'à l'ouverture des droits à pension de réversion des régimes complémentaires de retraite du conjoint survivant.

16.3.3 - MONTANTS AU CHOIX DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur peut choisir l'une ou l'autre des deux variantes décrites ci-après :

- Rente de conjoint à formule (variante 1)
Le montant de la rente est calculé au jour du décès du salarié en fonction de l'âge de celui-ci selon la formule décrite aux conditions particulières.
- Rente de conjoint linéaire (variante 2)
Le montant de la rente est fixe et déterminé au jour de la souscription. Il est inscrit aux conditions particulières.

16.3.4 - TERME DE LA GARANTIE RENTES DE CONJOINT

Les rentes viagères et temporaires cessent d'être versées :

- au jour du décès du bénéficiaire ;
- dès l'échéance suivant le remariage ou la signature d'un PACS avec un nouveau conjoint.

Les rentes temporaires cessent d'être versées si le bénéficiaire cesse de remplir les conditions prévues à l'article 16.2.2 et ne répond plus à la définition de conjoint prévue dans cette notice.

16.4 - Modalités de versement des prestations pour les garanties de rentes optionnelles

Les prestations en rentes sont versées trimestriellement à terme échu, à compter du premier jour du trimestre civil suivant le décès de l'assuré.

Le cumul des capitaux en cas de décès et des capitaux constitutifs de rentes de conjoint et de rente éducation calculés au jour du décès ne peut excéder 1 500 % du salaire brut de référence.

Cette limitation ne saurait être opposée dès lors que son dépassement découle de la mise en œuvre d'une obligation conventionnelle du souscripteur.

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'assureur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

17 - GARANTIES D'INCAPACITE ET INVALIDITE/ INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE OPTIONNELLES

Les garanties libellées ci-après peuvent être souscrites en complément de la garantie décès essentielle et des garanties décès optionnelles, au libre choix de votre employeur.

Vous bénéficiez des seules garanties souscrites par votre employeur qui figurent sur votre certificat d'affiliation.

La souscription de l'une des garanties suivantes emporte obligatoirement souscription de l'autre.

17.1 - Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail

17.1.1 - DESCRIPTIF DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou en cas d'accident du travail et/ou maladie professionnelle.

On entend par incapacité temporaire totale de travail, votre incapacité totale à exercer votre travail pendant un délai déterminé, incapacité constatée par une autorité médicale compétente, à la suite d'une maladie ou d'un accident reconnu par la Sécurité sociale.

La prise en charge au titre du contrat d'assurance est subordonnée à l'octroi des prestations de la Sécurité sociale. En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale les prestations ne pourront être servies.

Les décisions prises par la Sécurité sociale ne s'imposent pas à l'assureur qui se réserve le droit de subordonner l'octroi de ses prestations à la vérification par son médecin conseil de votre état de santé et de votre droit aux prestations au regard de la définition susvisée, dans le cadre du contrôle médical visé à l'article 5 de la présente notice.

L'incapacité doit être constatée en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion.

17.1.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières est inscrit au certificat d'affiliation. Ce montant inclut les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité.

En tout état de cause, et conformément à l'article 8.2 des présentes, le total des revenus (d'activité ou de remplacement) et des prestations perçus par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité.

17.1.3 - RECHUTE

Tout nouvel arrêt de travail constaté médicalement, imputable à une cause ayant déjà donné lieu à versement des indemnités journalières complémentaires de l'assureur et survenant dans les deux mois suivant la reprise du travail est considéré comme une rechute. Dans ce cas, et sous réserve de l'octroi des prestations de la Sécurité sociale, le service des indemnités journalières reprend sans application de la franchise.

17.1.4 - REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

En cas de reprise d'activité au service du souscripteur, avec maintien d'une prestation réduite de la part de la Sécurité sociale et sous réserve de la vérification du médecin

conseil de l'assureur de l'état de santé de l'assuré dans le cadre du contrôle médical, le versement des prestations se poursuit pour un montant réduit du montant du salaire perçu du montant des prestations versées par la Sécurité sociale et du montant des prestations éventuellement versées par un autre organisme assureur. Le cumul ne doit en aucun cas permettre au salarié de percevoir plus que le salaire net d'activité tel que défini dans cette notice.

17.1.5 - FRANCHISES APPLICABLES

La franchise applicable est choisie par votre employeur lors de la souscription. Il peut s'agir d'une franchise continue ou d'une franchise discontinue telle que définie dans cette notice.

La nature et la durée de la franchise sont spécifiées au certificat d'affiliation.

Un rachat de franchise en cas d'accident ou à la suite d'une hospitalisation peut être souscrit. Les modalités d'application du rachat de franchise sont spécifiées, le cas échéant, au certificat d'affiliation.

L'indemnisation démarre 4^e jour de l'arrêt total de travail.

Est considéré comme hospitalisation tout séjour d'au moins trois (3) nuits consécutives dans un centre hospitalier **(autre que, notamment les établissements de soins de suite, les centres de rééducation, les établissements ou centres de cures thermales)**, pris en charge par le régime de base de la Sécurité Sociale, ayant pour l'objet la prévention, la guérison d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile est prise en charge dans les mêmes conditions qu'un séjour hospitalier.

17.1.6 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

La demande doit être formalisée dans les six (6) mois à compter de la date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations.

Les justificatifs listés en annexe devront être fournis. En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de demander la production de tout justificatif complémentaire utile pour l'activation des garanties.

Les prestations sont versées directement au souscripteur, le premier versement est réalisé dans un délai de 30 jours ouvrés suivant la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au versement des prestations, ce délai s'entend hors délais bancaires. Les prestations sont ensuite versées au fur et à mesure de la production des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Il incombe au souscripteur de reverser à l'assuré le montant dû, déduction faite des charges sociales.

17.1.7 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont servies tant que dure l'état d'incapacité temporaire totale de travail et que la Sécurité sociale verse des indemnités journalières, et au plus

tard jusqu'au mille quatre-vingt-quinzièmes (1095^e) jours ou à la liquidation des droits à la retraite de l'assuré. La résiliation du contrat d'assurance n'entraîne pas l'arrêt du versement des indemnités contractuellement garanties.

En cas de résiliation par l'employeur du présent contrat, suivi de la souscription d'un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, jusqu'à l'extinction des droits, et ne seront plus revalorisées par l'assureur résilié postérieurement à la date de résiliation.

En cas de résiliation par l'employeur du présent contrat sans souscription d'un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, ou en cas de résiliation du contrat suite à la défaillance de l'employeur, les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, jusqu'à l'extinction des droits et continueront à être revalorisées par l'assureur.

17.2 - Garanties en cas d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle

17.2.1 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Ces garanties ont pour objet de vous faire bénéficier d'une rente d'invalidité complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale dont le montant est reporté sur le certificat d'affiliation.

La garantie invalidité s'applique dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, en cas de réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale.

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

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

La garantie incapacité permanente professionnelle s'applique dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'incapacité permanente partielle en application de l'article L.434-2 du Code de la sécurité sociale d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

17.2.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant la rente d'invalidité est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité établie par la Sécurité sociale et du taux de garantie souscrit reporté sur le certificat d'affiliation.

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle est déterminé en fonction du taux d'incapacité défini par la Sécurité sociale et du taux de garantie souscrit figurant sur le certificat d'affiliation.

Ces montants incluent les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle, hors prestations complémentaires pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, et conformément à l'article 8.2 des présentes, le total des revenus (d'activité ou de remplacement) et des prestations perçus par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité

17.2.3 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

La demande doit être formalisée dans les six (6) mois à compter de la date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations.

Les justificatifs listés en annexe devront être fournis. En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de demander la production de tout justificatif complémentaire utile pour l'activation des garanties.

Les prestations sont versées directement à l'assuré, le premier versement est réalisé dans un délai de 30 jours ouvrés suivant la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au versement des prestations, ce délai s'entend hors délais bancaires. Les prestations sont ensuite versées mensuellement à terme échu sur production périodique d'un justificatif de la poursuite des versements des prestations par la Sécurité sociale.

17.2.4 - CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes d'invalidité cessent d'être versées dès que l'assuré perd ses droits au versement des prestations de la Sécurité sociale ou que son taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 % ou qu'il bénéficie de la pension vieillesse ou de la pension d'invalidité au travail de la Sécurité sociale, et au plus tard à la liquidation de ses droits à la retraite.

La résiliation de votre affiliation n'entraîne pas l'arrêt du versement de la rente d'invalidité. Les revalorisations antérieurement attribuées demeurent acquises.

En cas de résiliation par l'employeur du présent contrat, suivi de la souscription d'un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, jusqu'à l'extinction des droits, et ne seront plus revalorisées par l'assureur résilié postérieurement à la date de résiliation.

En cas de résiliation par l'employeur du présent contrat sans souscription d'un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, ou en cas de résiliation du contrat suite à la défaillance de l'employeur, les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date de résiliation, jusqu'à l'extinction des droits et continueront à être revalorisées par l'assureur.

18 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

18.1 - Bénéficiaire du capital en cas de décès, au titre de la garantie décès essentielle

18.1.1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE TYPE

En l'absence de désignation expresse, ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause applicable sera la suivante (clause type).

Le capital garanti en cas de décès sera versé :

- à votre conjoint ou la personne assimilée à votre conjoint c'est-à-dire celle vivant en couple avec vous au jour du décès, sous le même toit, de façon constante, sans être séparée de corps ou de fait ;
- à défaut, vos enfants naturels ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à vos héritiers.

Cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, devient irrévocable, sauf dispositions légales particulières. Hormis l'hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, vous pouvez modifier cette clause bénéficiaire selon vos souhaits.

L'acceptation peut être faite soit par avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

En cas de décès, au cours d'un même événement, de l'assuré et d'une ou plusieurs des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en considération pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre de décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

En cas de majoration du capital décès pour enfants à charge lors de votre décès, les bénéficiaires de ladite majoration de capital sont vos enfants à charge par parts égales entre eux, indépendamment de toute désignation expresse.

18.1.2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PERSONNALISÉE

En tout état de cause, vous pouvez désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans le formulaire de désignation ou modification de bénéficiaire et ultérieurement par toute forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé signé par vous ou par acte authentique.

Le formulaire de désignation ou modification de la clause bénéficiaire est mis à votre disposition sur votre espace internet.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de l'assureur ne lui sera pas opposable.

CONSEILS POUR LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PERSONNALISÉE en page 20.

18.2 - Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive au titre de la garantie décès essentielle

En cas d'invalidité absolue et définitive quelle qu'en soit la cause, vous êtes le bénéficiaire des capitaux.

18.3 - Bénéficiaire du capital décès simultané

Le ou les bénéficiaires du capital versé au titre de la garantie capital décès simultané, sont les enfants à charge, tels que définis dans cette notice et ayant toujours cette qualité au jour du décès, par parts égales entre eux.

18.4 - Bénéficiaire du capital prédécès

Vous êtes le bénéficiaire du capital en cas de décès d'un ou de vos enfants à charge, de votre conjoint tels que définis dans cette notice et ayant toujours cette qualité au jour du décès.

18.5 - Recherche et identification des bénéficiaires

L'assureur s'engage à respecter les dispositions légales en matière d'identification des assurés décédés et de recherche des bénéficiaires telles que définies par la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 (dite Loi Eckert).

19 - EXCLUSIONS

19.1 - Exclusions applicables à toutes les garanties

Sont exclus des garanties décès essentielle, doublement accident, triplement accident de la circulation, capital décès simultané, allocation frais d'obsèques, capital prédécès, rentes de conjoint, rente éducation, rente handicap, allocation orphelin, incapacité temporaire totale de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, les sinistres résultant :

- d'accidents, de blessures, de mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou des bénéficiaires ;
- de faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;

- des conséquences d'un déplacement ou d'un séjour professionnel de l'assuré dans une région ou un pays formellement déconseillé par le ministère français des Affaires étrangères, ou un pays en guerre, excepté si l'assureur accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour dans les conditions visées à l'article 2.1.2 de cette notice ;
- directement ou indirectement, d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- de la pratique des sports aériens ;
- des accidents résultant d'acrobaties ou de tentatives de records, réalisées lors de l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur ;
- des accidents résultant de sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur lorsque cette activité sportive est pratiquée au sein d'un club ou d'une association affilié(e) à une fédération.

19.2 - Exclusions applicables au risque décès

Sont exclus des garanties décès essentielle, doublement accident, triplement accident de la circulation, capital décès simultané, allocation frais d'obsèques, capital prédécès, rentes de conjoint, rente éducation, rente handicap, allocation orphelin, les sinistres résultant :

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation de l'assuré au contrat d'assurance ;
- du meurtre commis sur la personne de l'assuré dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.

19.3 - Exclusions applicables aux garanties doublement accident, triplement accident de la circulation, incapacité temporaire totale de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle

Sont exclues de ces garanties les conséquences des accidents :

- survenus alors que l'assuré conduisait un véhicule terrestre à moteur sous l'empire d'un état alcoolique dont le seuil est fixé par l'article R.234-1 du Code de la route ;
- liés à l'utilisation, par l'assuré, de substances classées par le Code de la santé publique comme stupéfiants ou psychotropes en dehors d'une prescription médicale ou d'une absorption accidentelle.

CONSEILS POUR LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PERSONNALISÉE

Les bénéficiaires peuvent être désignés **nominativement, il est impératif de renseigner les champs suivants** : nom - suivi du nom de naissance, si différent - prénoms, date et lieu de naissance et adresse.

Cette désignation est impérativement suivie de la mention “à défaut à mes héritiers”.

En effet, cette mention permet de considérer les capitaux versés comme faisant partie du patrimoine des héritiers dès l'adhésion au contrat et donc n'étant pas soumis aux droits de succession.

Peut-on désigner plusieurs bénéficiaires ?

Oui, c'est possible. Le capital garanti doit alors être réparti entre les différents bénéficiaires.

Attention : il ne faut pas attribuer un montant défini à chaque bénéficiaire, mais seulement la quote-part que vous souhaitez lui attribuer. En effet, les garanties sont régulièrement revalorisées, cela rendrait la clause caduque.

Que faire en cas de décès d'un bénéficiaire avant le décès de l'assuré ?

Dans le cas **où la personne désignée comme bénéficiaire décède** avant l'assuré, il est possible de verser la part du capital lui revenant à ses héritiers. Dans ce cas, il faudra indiquer la mention «vivant ou représenté» lors de la rédaction de votre clause bénéficiaires.

Répartition du capital entre plusieurs bénéficiaires

La répartition du capital se fait en pourcentage ou en fractions. Si vous ne souhaitez pas répartir le capital par parts égales entre vos bénéficiaires, vous devez préciser la quote-part devant être attribuée à chacun d'eux. **La somme des quotes-parts doit impérativement être égale à 100 % ou à 1.** À défaut, le capital est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

Peut-on désigner des bénéficiaires par ordre de priorité ?

Oui, c'est possible. Notamment, en cas de décès d'un bénéficiaire désigné en premier rang et pour lequel vous n'avez pas indiqué la mention “vivant ou représenté”, il est possible de désigner des bénéficiaires subsidiaires (deuxième rang, troisième rang).

Vous devez préciser pour chaque bénéficiaire, le rang que vous souhaitez lui attribuer et vous assurer que pour chaque rang de priorité, le capital est bien réparti à 100 % ou à 1.

Nom	Nom de naissance	Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Adresse	Vivant ou représenté	Rang de priorité	Répartition de capital
DURAND	LECLERC	Marie	03/05/1940 Lille	5 rue du Palmier 06200 Nice	Non	1	40%
DURAND	DURAND	Pauline	01/09/1966 Nantes	1 rue de l'Arche 75019 Paris	Oui	1	60%
MARTIN	MARTIN	Marc	20/08/1990 Marseille	3 rue des peupliers 75013 Paris	Non	2	100%

En cas de décès de Pauline, ce sont ses héritiers qui bénéficieront de sa quote-part du capital.

ANNEXE 1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DOCUMENTS À FOURNIR	ITT	IPP	DÉCÈS IAD	RENTE ÉDUCATION	RENTES DE CONJOINT	OBSÈQUES
En cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) ou d'invalidité / incapacité permanente professionnelle (IPP) de l'assuré						
Formulaire de demande de règlement de prestations signé par le représentant qualifié de l'employeur	●	●	●			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●					
Formulaire d'attestation médicale complétée par le médecin traitant	●					
Attestation de salaires et bordereaux de Sécurité sociale en cas de temps partiel thérapeutique	●					
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle émanant de la Sécurité sociale		●				
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et bordereaux de versement d'ARE, le cas échéant	●	●				
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		●				
En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré						
Acte de décès			●	●	●	●
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale			●	●	●	
Formulaire d'attestation médicale complétée par le médecin traitant			●	●	●	
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt			●	●	●	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit ou certificat d'hérédité ou d'évolution successorale			●	●	●	
Justificatif de la qualité de conjoint ou, à défaut, d'ayant droit			●	●	●	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●			
En présence d'enfants à charge : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou tout justificatif de poursuite d'études secondaires, supérieures ou professionnelles, conformément aux conditions générales			●	●		
Pour les personnes handicapées à charge : copie de la carte d'invalidité ou tout autre justificatif d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, avis d'imposition				●		
Justificatifs d'identité en cours de validité, qualité et coordonnées des bénéficiaires			●	●	●	
Copie certifiée conforme du jugement portant nomination du représentant légal des orphelins			●	●	●	
Photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun opposable			●		●	
Attestation justifiant l'existence d'un PACS ou copie de la convention de PACS ratifiés par la mairie, le greffe du Tribunal judiciaire ou le notaire			●		●	
Attestation de la caisse de retraite du défunt pour le non-paiement de la rente de réversion sur laquelle figure la date de début de versement de cette rente					●	
Pour justifier de personnes à charge : dernier avis d'imposition	●	●	●	●	●	
Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leurs paiements						●
Reconnaissance du statut de travailleur handicapé par la MDPH						
Pour les entreprises de moins de 6 (six) salariés						
Copie des bulletins de salaires délivrés au cours de la période définie pour le salaire brut de référence	●	●	●	●	●	
Rente handicap						
Tout moyen de preuve attestant la reconnaissance de la Sécurité sociale en état d'invalidité de 2 ^e ou 3 ^e catégorie, ou tout élément attestant du bénéfice de l'allocation adulte handicapé.						

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !



Le contrat **Prévoyance Entreprises** est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17 - 21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

Les **garanties d'assistance** sont assurées par **IMA Assurances**, SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

IMA Technologies - Société par actions simplifiée au capital de 500 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nantes sous le numéro 353 259 922. Siège social : 1 impasse Claude Nougaro - 44800 Saint-Herblain.

NID Prévoyance Entreprises – 01/24