

Groupe Alstom

Notice d'information prévoyance

» Édition janvier 2017

Régime Décès - Incapacité - Invalidité

Les garanties Prévoyance, qui sont décrites dans cette notice et dont vous bénéficiez en tant que salarié d'ALSTOM couvrent le décès, l'incapacité et l'invalidité. La couverture Dépendance fait l'objet d'une notice séparée.

Les garanties relèvent d'un régime obligatoire. En fonction de votre situation de famille, vous choisirez une option décès parmi les trois options proposées.

Les garanties décès peuvent être complétées par plusieurs garanties facultatives, souscrites à titre personnel, dans les conditions également décrites dans le présent document.

Les présentes garanties sont assurées par Humanis Prévoyance, ci-après dénommée l'institution, et par l'OCIRP pour la rente de conjoint.



Humanis

ALSTOM

Protéger c'est s'engager

humanis.com



Humanis Protéger, c'est s'engager

Groupe paritaire et mutualiste à but non lucratif, Humanis figure parmi les tous premiers groupes de protection sociale, en retraite complémentaire, prévoyance, santé, épargne et Action sociale. Humanis puise ses valeurs dans l'économie sociale et entend toujours mieux protéger l'ensemble de ses clients.

Humanis s'engage à leur apporter durablement des solutions et des services de qualité, en privilégiant la proximité, le conseil et l'écoute. Humanis met également à disposition de ses clients ses savoir-faire spécifiques à l'international et en gestion pour compte de tiers. Le Groupe concrétise son engagement auprès des populations en difficulté au travers d'une politique dynamique d'Action sociale.

Chiffres clés :

- ▶ **près de 700 000** entreprises clientes, de la TPE à la grande entreprise
- ▶ **10 millions** de personnes protégées
- ▶ **2^{ème}** acteur en retraite complémentaire Agirc-Arrco (22,40 % de l'ensemble)
- ▶ **1^{er}** rang des institutions de prévoyance et **1^{er}** intervenant paritaire en épargne salariale

Chiffres au 01.01.16

Sommaire

▶ Décès Incapacité - Invalidité	4
▶ Objet	4
▶ Définitions communes aux garanties	4
▶ Garanties obligatoires décès.....	5
▶ Choix de l'option	5
▶ Bénéficiaires	5
▶ Garanties.....	6
▶ Garanties facultatives	7
▶ Exclusions.....	7
▶ Comment remplir le bulletin d'affiliation au régime de prévoyance ?	8
▶ Quel(s) bénéficiaire(s) désigner ?.....	9
▶ À qui s'adresser ?	9
▶ Formalités à accomplir en cas de décès.....	9
▶ Versement des prestations	9
▶ Délai de versement des prestations Décès.....	10
▶ Cessation des garanties.....	10
▶ Maintien des garanties décès.....	10
▶ Garanties obligatoires - Incapacité et Invalidité.....	10
▶ Incapacité	10
▶ Invalidité	10
▶ Dispositions communes	11
▶ Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.....	11
▶ Maintien des garanties dans les autres cas	12
▶ Contrôle médical	13
▶ Action sociale.....	13
▶ Rehalto	13
▶ Prescription.....	13
▶ Réclamations.....	14
▶ Autorité de contrôle	14
▶ Pour nous contacter	14

Décès Incapacité - Invalidité

► Objet

Le présent régime a pour objet :

- ✎ **au titre de la garantie décès**, et dans le cadre du régime obligatoire, le versement de prestations en cas de :
 - ✎ décès du salarié ;
 - ✎ décès du conjoint (garanties double effet et allocation obsèques) ;
 - ✎ décès d'un enfant à charge (garantie allocation obsèques) ;
 - ✎ invalidité absolue et définitive du salarié.
- ✎ **au titre de la garantie incapacité-invalidité**, le versement en complément des prestations servies par la Sécurité sociale, en cas d'incapacité ou d'invalidité du salarié :
- ✎ d'indemnités journalières en cas d'incapacité ;
- ✎ d'une rente en cas d'invalidité.

Le salarié a de plus la possibilité de souscrire des garanties facultatives.

► Définitions communes aux garanties

Les personnes affiliées au régime sont ci-après dénommées "participants".

Salaire annuel de référence

Le salaire annuel de référence du participant servant de base au calcul des prestations est égal à 4 fois le salaire brut du trimestre civil précédant le décès ou l'arrêt de travail, y compris 13^{ème} mois au prorata temporis, déduction faite de toutes primes, gratifications, compléments de salaire, indemnités diverses et heures supplémentaires.

S'ajoute à la somme ainsi calculée, le montant des primes (hors 13^{ème} mois), gratifications, compléments de salaires, indemnités diverses et heures supplémentaires versées au participant au titre de l'exercice civil précédant le décès ou l'arrêt de travail.

Le salaire annuel de référence est limité au plafond de la tranche C pour les garanties de base obligatoires et au plafond de la tranche B pour les garanties facultatives.

Le salaire annuel de référence peut être revalorisé, pour le calcul des prestations décès, lorsque le participant justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, au jour de son décès, ou à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point Agirc constatée entre la date de début de l'arrêt de travail et la date de survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive et est limité au fonds de revalorisation de l'institution ou de l'entreprise.

Tranches de salaire

- ✎ **Tranche A** : fraction de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale.
- ✎ **Tranche B** : fraction de salaire comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et 4 fois celui-ci.

- ✎ **Tranche C** : fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Le salaire annuel de référence d'un participant n'ayant pas accompli le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction du salaire reconstitué prorata temporis.

Le salaire mensuel de référence est égal à un 12^e du salaire annuel de référence.

Personnes à charge

Enfant à charge

Est considéré comme enfant à charge, l'enfant légitime, reconnu, adopté ou recueilli du participant ou de son conjoint (cf. définition ci-après), effectivement à charge et entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer du participant et de son conjoint, dans le cadre de la législation fiscale, s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- ✎ être âgé de moins de 18 ans ;
- ✎ être âgé de moins de 26 ans et justifier d'un apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation ;
- ✎ être âgé de moins de 26 ans et justifier de la poursuite d'études. Si l'enfant a plus de 20 ans il doit justifier de son appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants ;
- ✎ être âgé de moins de 26 ans, inscrit au Pôle emploi à l'issue de ses études et à la recherche d'un emploi. L'enfant est considéré comme à charge, **pour une durée maximale de 12 mois à l'issue de sa période d'études** ;
- ✎ quel que soit son âge, être atteint d'une infirmité permanente d'un taux au moins égal à 80 % l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice et dont l'invalidité a été reconnue avant son 21^{ème} anniversaire.

L'enfant légitime posthume né viable est considéré comme enfant à charge.

En cas de divorce, est considéré comme enfant à charge :

- ✎ tout enfant remplissant les conditions ci-avant et recevant du participant ou de son conjoint une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce, déduite fiscalement ;
- ✎ tout enfant résidant de façon alternée au domicile de chacun de ses parents et considéré fiscalement à charge égale des parents et ouvrant droit à majoration du quotient familial pour chacun d'eux.

Ascendant à charge

Est considéré comme personne à charge, tout ascendant direct du participant ou de son conjoint, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer du participant dans le cadre de la législation fiscale.

Conjoint

Personne avec laquelle le participant est uni par les liens du mariage, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé.

La personne avec laquelle le participant est lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) ou la personne avec laquelle le participant vit en concubinage notoire **est assimilée**, dans la présente notice, **au conjoint**.

Le concubinage doit avoir été notoire et permanent jusqu'au décès et pendant une durée d'au moins 2 ans.

Le concubin devra prouver qu'il **a vécu de façon continue avec le salarié au moins 2 ans** avant son décès ; les principaux moyens de preuve du domicile commun sont un bail ou un titre de propriété communs, les avis d'imposition, un compte bancaire joint.

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant dans le couple concubin, ce délai de 2 ans n'est pas exigé.

Le concubin et le participant ne doivent pas être mariés ou liés par un PACS par ailleurs.

En outre, comme tout conjoint d'un salarié décédé, ils peuvent bénéficier d'une majoration du capital décès, d'une rente de conjoint et de rentes d'éducation pour leurs enfants à charge.

Le conjoint, le partenaire lié par un PACS et le concubin sont au premier rang des bénéficiaires par défaut du capital décès.

Changement de situation de famille

Sont considérés comme changement de situation de famille : le mariage, la conclusion d'un PACS, le concubinage notoire, la séparation de corps constatée judiciairement, le divorce, la dissolution du PACS, la fin du concubinage notoire, le décès du conjoint ou assimilé, la naissance ou le décès d'un enfant, l'enfant cessant d'être à charge, le décès du bénéficiaire désigné du capital décès.

Garanties obligatoires décès

► Choix de l'option

Lors de son affiliation, le participant complète un bulletin d'affiliation, et choisit une option parmi les 3 options proposées, ce choix étant sans incidence sur le taux de cotisation.

La modification de l'option choisie est possible à tout moment, par bulletin de modification adressé à l'institution.

Si la situation de famille du participant, au moment du décès, n'est pas en cohérence avec l'option choisie, c'est l'option 1 qui s'appliquera (plus aucun enfant à charge, plus de conjoint).

À défaut de choix clairement exprimé, c'est l'option 1 qui est appliquée.

► Bénéficiaires

Lors de son affiliation à l'institution, le participant désigne le ou les bénéficiaires du capital décès.

En l'absence de désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires notifiée à l'institution par écrit au plus tard le jour du décès du participant, ou en cas de décès de ce ou ces derniers avant le participant, le capital est attribué

conformément à la clause type suivante :

- ❖ au conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ;
- ❖ à défaut au partenaire auquel le participant était lié par un PACS ;
- ❖ à défaut au concubin avec lequel le participant vivait en concubinage notoire ;
- ❖ à défaut par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus ou adoptifs **du participant**, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- ❖ à défaut aux père et mère du participant par parts égales ou au survivant d'entre eux ;
- ❖ à défaut aux héritiers du participant en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

Si le participant désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause type ci-dessus, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix, et en cas de pluralité de bénéficiaires, le pourcentage attribué à chacun d'eux. À défaut, le capital est réparti par parts égales entre les bénéficiaires désignés.

Dans tous les cas, les majorations du capital pour personne à charge sont versées aux personnes à charge pour lesquelles elles ont été prévues.

Le participant peut, à tout moment, modifier sa désignation de bénéficiaire : il lui suffit de remplir l'imprimé remis sur simple demande par son service des Ressources Humaines et de l'adresser à l'institution.

Toute désignation antérieure d'un ou plusieurs bénéficiaires devient caduque automatiquement en cas de changement de situation de famille ou en cas de décès de l'ensemble des bénéficiaires expressément désignés.

Dans ce cas, en l'absence de nouvelle désignation, le capital est alors attribué selon la clause type ci-dessus.

► **Garanties (les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence)**

	Option 1	Option 2	Option 3
	Capital	Capital + Rente éducation	Capital + Rente de conjoint
Garanties obligatoires			
Décès toutes causes			
Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement			
Sans personne à charge	240 % TA-TB-TC	} 240 % TA-TB-TC	-
Avec 1 personne à charge	340 % TA-TB-TC		-
Avec 2 personnes à charge	440 % TA-TB-TC		-
Avec 3 personnes à charge	540 % TA-TB-TC		-
Marié, lié par un PACS, concubin			
Sans personne à charge	480 % TA-TB-TC	} 410 % TA-TB-TC	260 % TA-TB-TC
Avec 1 personne à charge	580 % TA-TB-TC		360 % TA-TB-TC
Avec 2 personnes à charge	680 % TA-TB-TC		460 % TA-TB-TC
Avec 3 personnes à charge	780 % TA-TB-TC		560 % TA-TB-TC
Majoration par personne à charge supplémentaire	100 % TA-TB-TC	-	100 % TA-TB-TC
Rente éducation			
Jusqu'à 16 ans	-	20 % TA-TB-TC	-
À partir de 16 ans	-	25 % TA-TB-TC	-
Garantie Double Effet : rente éducation			
	15 % TA-TB-TC	15 % TA-TB-TC	15 % TA-TB-TC
Rente de conjoint viagère			
	-	-	10 % TA-TB-TC rente majorée de 10 % par enfant à charge
Allocation obsèques (forfait)			
	150 % PMSS	150 % PMSS	150 % PMSS
Garanties facultatives Cotisations à la charge exclusive du participant			
Capital décès complémentaire			
		100 % TA-TB	
Rente de conjoint complémentaire			
		10 % TA-TB	

* La garantie Rente de Conjoint est assurée par l'OCIRP, Union d'Institutions de Prévoyance, régie par le Code de la Sécurité sociale - 17 rue de Marignan - CS 50003 - 75008 Paris.

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale (38 616 e en 2016)

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 218 e en 2016)

TA : Tranche de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale (38 616 e en 2016)

TB : Tranche de salaire comprise entre un plafond Sécurité sociale (38 616 e en 2016) et 4 plafonds Sécurité sociale (154 464 e en 2016)

TC : Tranche de salaire comprise entre 4 plafonds Sécurité sociale (154 464 e en 2016) et 8 plafonds Sécurité sociale (308 928 e en 2016)

Rente éducation

En cas de décès du participant, peuvent prétendre à une rente éducation, les enfants à charge tels que définis en page 4.

Garantie double effet pour la rente éducation

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou assimilé, laissant des enfants à charge initialement à la charge du participant et/ou de son conjoint : il est attribué à chacun de ces enfants une rente éducation dont le montant est précisé dans le tableau page 6.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

Si le participant est classé par la Sécurité sociale, avant la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires :

- soit comme invalide 3^e catégorie, nécessitant le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ;
- soit comme victime d'accident du travail ou maladie professionnelle bénéficiant de la rente pour incapacité permanente et totale majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne,

de telle sorte que ce caractère d'Invalidité Absolue et Définitive ait un caractère irréversible, et si la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive est apportée à l'Institution, **le capital garanti en cas de décès peut être versé par anticipation en une seule fois au participant lui-même, s'il en fait la demande.**

La preuve de l'invalidité absolue et définitive incombe au participant.

En cas d'IAD, il peut être versé par anticipation le montant du capital décès et la rente éducation pour les enfants à charge à la date de reconnaissance de l'IAD. Les enfants nés après cette date et répondant à la définition des enfants à charge peuvent aussi percevoir la rente éducation par anticipation.

Le versement par anticipation du capital et des rentes éducation met fin à la garantie décès et exclut tout versement du capital et de la rente éducation en cas de décès du participant.

Le paiement anticipé du capital décès ne fait pas obstacle au versement des prestations invalidité.

Rente de conjoint

La rente viagère est versée jusqu'au décès du bénéficiaire, même en cas de remariage ou de conclusion d'un PACS.

La rente est majorée de 10 % par enfant. Cette majoration s'applique uniquement pendant la période où les enfants sont à charge (tels que définis en page 4).

Allocation obsèques

En cas de décès du conjoint ou assimilé, ou d'un enfant à charge, il est versé au participant une allocation obsèques égale à une fois et demie la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date de l'événement (**limitée au montant des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant à charge de moins de 12 ans**).

En cas de décès du participant lui-même, l'allocation est versée à la personne ayant procédé au règlement des frais d'obsèques.

► Garanties facultatives

Quelle que soit l'option choisie, le participant peut choisir d'adhérer à titre personnel, dans les conditions décrites ci-après, aux garanties facultatives suivantes :

- **capital décès complémentaire** (cf. tableau page 6).
- **rente de conjoint** (cf. tableau page 6).

Les cotisations sont les suivantes :

- capital décès complémentaire : 0,34 % TA - TB ;
- rente de conjoint : 0,97 % TA - TB.

Ces garanties peuvent être souscrites au plus tard dans les 2 mois :

- suivant la mise en place du régime. Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date de mise en place du régime ;
- suivant la reprise du travail, si le participant est en arrêt de travail à la mise en place du régime ;
- suivant l'embauche du participant si celle-ci est postérieure à la date de mise en place du régime ;
- suivant un changement de situation de famille du participant (cf. page 5).

Dans ce cas, les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant l'événement (pour lequel le participant a fourni un justificatif).

À défaut du respect du délai de 2 mois par le participant, la mise en place des garanties est subordonnée à des formalités médicales préalables et la date d'effet est fixée au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'institution.

Pour le capital Décès et la Rente de conjoint complémentaires, le participant peut renoncer à tout moment à ces garanties facultatives, sous réserve d'en informer l'institution. La date d'effet de la renonciation est fixée au premier jour du mois suivant la réception de la renonciation.

Les cotisations correspondant à ces garanties facultatives sont à la charge exclusive du participant.

► Exclusions

Ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- **de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante ;**
- **de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous les sports aériens non homologués ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;**
- **de l'homicide volontaire du participant par le bénéficiaire du capital ayant fait l'objet, à ce titre, d'une condamnation pénale ;**
- **d'accidents, blessures ou maladies qui sont le fait volontaire du participant.**

Le suicide du participant est pris en compte au titre de la garantie Décès obligatoire.

En revanche, le capital résultant de la souscription de la garantie facultative « Capital décès complémentaire » n'est pas versé en cas de suicide du Participant, durant la première année qui suit la souscription de cette garantie.

► Comment remplir le bulletin d'affiliation au régime de prévoyance ?

Quel(s) choix faire ?

La garantie décès obligatoire

Dans le cadre de la garantie décès obligatoire, le régime vous propose de choisir entre 3 options (cf. tableau page 6).

Pour vous aider à faire votre choix, nous vous donnons ci-après quelques indications ainsi qu'une simulation dont les exemples chiffrés vous permettront de compléter votre information.

Simulations

- Participant ayant un salaire annuel brut de **35 000 €**
- Participant ayant un salaire annuel brut de **70 000 €**

	Participant gagnant 35 000 € par an			Participant gagnant 70 000 € par an		
	<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 2</u> Capital + Rente éducation		<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 2</u> Capital + Rente éducation	
Personne seule avec un enfant à charge						
<u>Capital décès</u>	119 000 € (340 %)	84 000 € (240 %)		238 000 € (340 %)	168 000 € (240 %)	
<u>Rente éducation</u>						
• Par an avant 16 ans	Néant	7 000 € (35 000 x 20 %)		Néant	14 000 € (70 000 x 20 %)	
• Par an après 16 ans	Néant	8 750 € (35 000 x 25 %)		Néant	17 500 € (70 000 x 25 %)	
	<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 3</u> Capital + Rente de conjoint		<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 3</u> Capital + Rente de conjoint	
Couple sans enfant à charge						
<u>Capital décès</u>	168 000 € (480 %)	91 000 € (260 %)		336 000 € (480 %)	182 000 € (260 %)	
<u>Rente de conjoint viagère annuelle</u>	Néant	3 500 € (35 000 x 10 %)		Néant	7 000 € (70 000 x 10 %)	
	<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 2</u> Capital + Rente éducation	<u>Option 3</u> Capital + Rente de conjoint	<u>Option 1</u> Capital seul	<u>Option 2</u> Capital + Rente éducation	<u>Option 3</u> Capital + Rente de conjoint
Couple avec deux enfants à charge						
<u>Capital décès</u>	238 000 € (680 %)	143 500 € (410 %)	161 000 € (460 %)	476 000 € (680 %)	287 000 € (410 %)	322 000 € (460 %)
<u>Rente éducation par enfant à charge</u>						
• Par an avant 16 ans	Néant	7 000 € (35 000 x 20 %)	Néant	Néant	14 000 € (70 000 x 20 %)	Néant
• Par an après 16 ans	Néant	8 750 € (35 000 x 25 %)	Néant	Néant	17 500 € (70 000 x 25 %)	Néant
<u>Rente de conjoint viagère annuelle</u>	Néant	Néant	4 200 €* (35 000 x 10 %) x 1,2	Néant	Néant	8 400 €** (70 000 x 10 %) x 1,2

* Lorsque les enfants ne seront plus à charge, la rente de conjoint viagère annuelle sera de 3 500 €.

** Lorsque les enfants ne seront plus à charge, la rente de conjoint viagère annuelle sera de 7 000 €.

► Quel(s) bénéficiaire(s) désigner ?

Les dispositions de la page 5 définissent l'ordre des bénéficiaires par défaut.

Si cet ordre vous convient vous n'avez aucune démarche supplémentaire à accomplir et le capital sera attribué selon la clause type.

Dans le cas contraire vous devez désigner expressément par écrit la ou les personnes que vous choisissez librement en remplissant une clause bénéficiaire.

Attention :

- ❖ la désignation expresse doit être sans équivoque ; donnez les nom, prénom et adresse des bénéficiaires, et la part revenant à chacun exprimée en pourcentage ;
- ❖ la désignation expresse devient automatiquement caduque en cas de changement de situation de famille (cf. page 5) ; pensez à la renouveler si nécessaire sinon le capital sera attribué selon la clause type.

► À qui s'adresser ?

Compte tenu des choix importants à effectuer, vous devez impérativement retourner votre bulletin d'affiliation à votre service des Ressources Humaines le plus tôt possible.

Ce dernier prend note de votre souscription éventuelle d'une garantie supplémentaire, afin de prélever mensuellement la cotisation sur votre salaire. Puis il transmet votre bulletin à l'institution qui gère le régime.

► Formalités à accomplir en cas de décès

Le service des Ressources Humaines de l'entreprise dont relève le participant constitue dès le décès et au plus tard dans les 12 mois suivant cette date, un dossier comprenant :

- ❖ le formulaire de "déclaration de décès" dûment complété ;
- ❖ les pièces d'état civil du participant décédé, de son conjoint ou assimilé, et du ou des bénéficiaires avec les mentions marginales ;
- ❖ l'attestation d'engagement dans les liens du PACS ;
- ❖ toutes pièces justifiant la qualité du concubin notoire avec au moins 2 justificatifs de domicile commun, notamment titre de propriété, bail commun, compte bancaire joint, avis d'imposition ;
- ❖ toutes pièces justifiant des charges de famille du participant décédé ;
- ❖ toutes pièces permettant de constater que le décès ne résulte pas de risque non garanti ;
- ❖ les bulletins de paie servant à la détermination du salaire de référence ;
- ❖ éventuellement une attestation justifiant du paiement d'indemnités du Pôle emploi jusqu'au jour du décès ;

ainsi que tout document nécessaire au calcul et au versement des prestations dues que pourrait demander l'institution. Les pièces relatives aux études poursuivies par l'enfant ou à son infirmité doivent être fournies chaque année au plus tard le 1^{er} décembre. **Faute de justificatifs, les prestations sont suspendues pour la garantie Rente Éducation et minorées pour la garantie Rente de conjoint.**

Pièces à fournir en cas d'allocation obsèques

L'allocation obsèques est payée par l'institution contre remise des pièces suivantes :

- ❖ la photocopie du livret de famille du participant ;
- ❖ un extrait d'acte de naissance et de décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin ;
- ❖ un extrait d'acte de mariage ou, à défaut, l'attestation d'engagement dans les liens du PACS, ou, à défaut, toutes pièces justifiant la qualité du concubin notoire avec au moins 2 justificatifs de domicile commun ;
- ❖ ou un extrait d'acte de naissance et de décès de l'enfant ;
- ❖ ou un extrait d'acte de naissance et de décès du participant ;
- ❖ ainsi que tout document complémentaire éventuellement nécessaire à l'institution pour régler la prestation.

Pièces à fournir en cas d'IAD

La demande de paiement par anticipation doit être faite par le participant dans les deux ans qui suivent la notification par la Sécurité sociale de la mise en invalidité 3^e catégorie ou du classement en incapacité permanente et totale, majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne.

Le capital est versé au participant par l'institution après remise (outre les pièces demandées en cas de décès) :

- ❖ d'un certificat médical détaillé, établi par le médecin traitant, précisant l'origine de l'affection ayant entraîné l'invalidité, sa cause et attestant que cette invalidité est absolue et définitive et nécessite l'assistance d'une tierce personne ;
- ❖ de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3^e catégorie ou de la rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

► Versement des prestations

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). La majoration pour enfant à charge est due au bénéficiaire désigné du capital décès, à condition qu'il ait effectivement la charge de l'enfant. Si le bénéficiaire n'a pas la charge du ou des enfants, la majoration est attribuée à ou aux enfants.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou majeur protégé, le capital et/ou la majoration et/ou la rente sont versés à son représentant légal.

Les rentes éducation sont versées trimestriellement à compter du jour du décès du participant. Elles sont revalorisées chaque 1^{er} janvier sur la valeur du point Agirc et limitées au fonds de revalorisation de l'institution ou de l'entreprise.

Elles sont payables à terme échu et leur versement cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions y ouvrant droit ou décède. En cas de résiliation du contrat de l'entreprise, les rentes éducation sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation et leur paiement se poursuit jusqu'au terme prévu.

Le paiement de la rente éducation est effectué au bénéficiaire de la majoration pour enfant du capital décès. À défaut, la rente est versée soit au représentant légal de l'enfant s'il est mineur ou majeur protégé, soit à l'enfant lui-même s'il est majeur.

Les prestations rente de conjoint sont payées au plus tard dans un délai de 3 mois après le dépôt du dossier auprès de l'institution. Les rentes sont payables trimestriellement et par avance. Le Conseil d'Administration de l'OCIRP statue deux fois par an (en janvier et en juillet) sur les coefficients de revalorisation.

En cas de résiliation du contrat de l'entreprise, les prestations en cours sont maintenues au niveau atteint à la date de résiliation.

Dispositions particulières aux garanties Décès (revalorisation post-mortem)

Si votre contrat prévoit le versement d'un capital, d'une allocation ou d'une rente, en cas de décès du participant (ou du conjoint assuré pour la garantie Double Effet Conjoint), ces sommes dues par notre organisme sont revalorisées et produisent des intérêts, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

La revalorisation s'effectue sur la base du taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

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

Pour connaître la valeur taux moyen des emprunts de l'Etat français, rendez-vous sur le site de la Banque de France.

La revalorisation post-mortem est effective pour les seuls décès survenant à compter du 1^{er} janvier 2016.

La revalorisation post-mortem ne s'applique pas lorsque le capital ou l'allocation est versé au(x) bénéficiaire(s) dans la limite des frais d'obsèques réels engagés.

► Délai de versement des prestations Décès

Notre organisme verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat, dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces justificatives. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

► Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- ✦ lorsque le participant ne fait plus partie du groupe assuré (rupture ou suspension du contrat de travail) ;
- ✦ à la liquidation de la pension vieillesse.

► Maintien des garanties décès

À titre gratuit : le participant qui perçoit de l'institution des prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité telles que décrites dans le présent document, continue, même en cas de rupture du contrat de travail ou de résiliation du contrat de prévoyance et dans la stricte continuité de celui-ci :

- ✦ à percevoir lesdites prestations, sans contrepartie de cotisations dès lors qu'il ne perçoit plus de salaire ;
- ✦ à bénéficier, tant qu'il perçoit ces prestations, des garanties en cas de décès.

Garanties obligatoires incapacité et invalidité

Tout participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et qui bénéficie d'indemnités journalières et/ou de rentes de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, bénéficie des garanties suivantes :

► Incapacité

Garantie	Taux
Incapacité de travail	Après le délai de carence précisé ci-après :
Incapacité de travail avant rupture du contrat de travail	84 % TA-TB-TC*
Incapacité de travail après rupture du contrat de travail	80 % TA-TB-TC*

* Les indemnités s'entendent **sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale, de la partie de salaire éventuellement maintenue par l'employeur ainsi que des indemnités versées par le Pôle emploi.**

Elles sont versées tant que dure l'incapacité donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale :

- ✦ jusqu'à la reprise du travail à temps complet ;
- ✦ jusqu'au classement en invalidité ;
- ✦ jusqu'au décès du participant ;
- ✦ jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Montant des prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières sont calculées en pourcentage du salaire journalier de référence (1/30^e du salaire mensuel de référence **limité au plafond de la tranche C**).

Délai de carence

L'indemnité est due par l'institution en relais des dispositions conventionnelles dès que le participant ne reçoit plus son plein salaire ou à l'expiration d'une période continue de l'arrêt de travail supérieure à 30 jours, pour le participant n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des avantages de la convention collective.

► Invalidité

Le participant reconnu invalide de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ou reconnu en incapacité permanente de travail, suite à un accident de travail ou maladie professionnelle, à un taux égal ou supérieur à 33 %, peut percevoir une rente d'invalidité.

Cette rente, calculée en pourcentage du salaire annuel de référence, est fonction de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité.

Le participant reconnu en incapacité permanente de travail à un taux compris entre 33 % et 50 % est assimilé à un invalide 1^{re} catégorie.



Le participant reconnu en incapacité permanente de travail à un taux supérieur à 50 % est assimilé à un invalide 2^e ou 3^e catégorie.

Garantie	Taux
Invalidité permanente Invalidité 1 ^{re} catégorie <ul style="list-style-type: none"> Si le participant continue à travailler ou est allocataire du Pôle emploi 	84 % TA-TB-TC*
<ul style="list-style-type: none"> Si le participant a exprimé expressément sa volonté de ne pas travailler 	50 % TA-TB-TC*
Invalidité 2 ^e et 3 ^e catégorie	80 % TA-TB-TC*

* Les montants indiqués dans le tableau ci-dessus s'entendent **sous déduction de la pension ou de la rente versée par la Sécurité sociale (à l'exception de l'allocation pour tierce personne), de la partie du salaire éventuellement maintenue par l'employeur et, le cas échéant, des allocations versées par le Pôle emploi.**

Cependant, afin de ne pas pénaliser les salariés qui travaillent à temps partiel et qui seraient augmentés par l'entreprise pendant leur invalidité, l'institution devra prendre en compte cette augmentation dans le calcul de la prestation.

La rente cesse d'être versée lorsque le participant bénéficie de la pension vieillesse de la Sécurité sociale au taux plein au titre de l'inaptitude au travail.

Exclusions

L'institution ne verse pas les prestations si les sinistres résultent :

- ❖ d'accidents, blessures ou maladies qui sont le fait volontaire du participant ;
- ❖ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante ;
- ❖ de la pratique de toute compétition nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tout sport aérien non homologué ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.

L'institution ne prend pas en charge les congés de maternité ; toutefois, en cas de maternité, les participantes peuvent bénéficier d'indemnités journalières si elles se trouvent en état d'incapacité de travail pour causes pathologiques.

L'indemnisation commence après le décompte du délai de carence et cesse à la date du congé légal de maternité.

Formalités à accomplir

Le service des Ressources Humaines de l'entreprise dont relève le participant doit adresser dès la date de cessation du maintien de salaire à 100 % et **au plus tard dans les 12 mois suivant cette date**, un dossier comprenant :

- ❖ le formulaire de "déclaration d'arrêt de travail", dûment complété ;
- ❖ la copie des bulletins de paie servant à la détermination du salaire annuel de référence ;
- ❖ les décomptes d'indemnités de la Sécurité sociale ;
- ❖ les certificats établis par le médecin traitant ;
- ❖ photocopie de notification d'invalidité par la Sécurité sociale ;

ainsi que tout autre document que pourrait demander l'institution, nécessaire au calcul et au versement des prestations dues.

Toute reprise de travail doit être immédiatement signalée à l'institution ainsi que toutes informations susceptibles de modifier la nature des prestations versées (reprise des droits, convention collective, licenciement, passage en invalidité, décès, ...).

Ne peut donner lieu à prestations, toute demande formulée au-delà de 2 ans à compter de la date de l'arrêt de travail pouvant ouvrir droit à leur versement.

Versement des prestations

En cas d'incapacité, les indemnités journalières sont versées à l'entreprise qui les réintègre au salaire du participant après prélèvement des retenues légales ou conventionnelles, et ce tant que le contrat de travail n'est pas rompu.

En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont directement versées au participant.

Les prestations sont revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de la variation du point Agirc, constatée entre la date d'effet de la prestation et chaque 1^{er} janvier et limitées au fonds de revalorisation de l'institution ou de l'entreprise. Elles sont payables à terme échu et leur versement cesse :

- ❖ à la date de cessation de paiement des prestations par la Sécurité sociale ;
- ❖ au décès du participant ;
- ❖ à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

En cas de résiliation du contrat de l'entreprise, les prestations sont maintenues **au niveau atteint à la date de résiliation et leur paiement se poursuit jusqu'au terme prévu.**

Règle spécifique

Le participant qui, en raison d'un nombre d'heures insuffisant, ne perçoit pas les remboursements de la Sécurité sociale, percevra néanmoins par l'institution le complément d'indemnités journalières ou de rentes.

Dispositions communes

► Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

En conséquence, et conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les dispositions relatives à la Portabilité des droits sont les suivantes à compter du 1^{er} juin 2015 :

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitait effectivement le participant sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce maintien concerne l'ensemble des garanties du régime de prévoyance (y compris les garanties facultatives).

L'Institution tient à la disposition de l'Entreprise un formulaire intitulé « Demande de portabilité des garanties Santé, Prévoyance et Dépendance ». Le formulaire mentionné devra être retourné dûment renseigné et signé par l'Entreprise et par le participant pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l'affiliation du participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Entreprise d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- ✦ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle Emploi, de décès) ;
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- ✦ **en cas de résiliation du contrat souscrit par l'entreprise.**

Obligations déclaratives

Le participant ou ses ayants droits s'engagent à fournir à l'Institution, à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. En cas de sinistre, l'Institution demandera l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Les garanties Incapacité temporaire de travail prévues à l'article L1226-1 du Code du Travail et celles prévues par toute autre convention ou accord collectif de travail dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge par la portabilité.

La base des prestations des garanties Prévoyance reste constituée par la rémunération brute définie contractuellement, perçue au cours des douze mois civils précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'**exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail**. Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues. Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de base aux prestations est celle prévue au contrat de travail.

La désignation de bénéficiaires en cas de décès éventuellement établie par le participant durant sa période d'activité demeure valide.

Si le contrat comporte une garantie en cas d'incapacité temporaire de travail, le participant ne peut pas percevoir de prestations (tous organismes confondus) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage nettes qu'il aurait perçu pour la même période. Le montant des indemnités journalières versé par l'institution pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Lorsque la garantie Incapacité temporaire de travail est définie en relais des garanties de maintien de salaires prévues dans la convention ou l'accord

collectif applicable à l'adhérent, une franchise de 30 jours continus s'applique pour le participant bénéficiant du maintien de sa couverture Prévoyance.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant. L'entreprise s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

► Maintien des garanties dans les autres cas

Les garanties dont bénéficiait le participant s'interrompent à la date de rupture ou de suspension de son contrat de travail. Le participant peut alors demander à conserver à titre personnel et onéreux les garanties dont il bénéficiait précédemment.

Pour être recevable, la demande de maintien doit être formulée dans un délai inférieur à :

- ✦ 1 mois au terme du maintien au titre de la portabilité des droits ;
- ✦ 6 mois en cas de rupture du contrat de travail pour préretraite, licenciement indemnisé par le Pôle emploi, cessation anticipée d'activité pour les travailleurs exposés à l'amiante ;
- ✦ 2 mois en cas de suspension de contrat de travail pour congé sans traitement (congé parental, congé sans solde, congé sabbatique), congé de conversion ou de reclassement.

La date d'effet des garanties et des cotisations est obligatoirement fixée au lendemain de la rupture ou de la suspension du contrat de travail, ou au lendemain de la cessation du maintien au titre de la portabilité des droits.

Toute demande de maintien adressée à l'institution après l'expiration des délais indiqués ci-dessus n'est pas recevable.

Les cotisations, intégralement à la charge du participant, dont le montant est notifié par l'institution à l'aide d'un échéancier, sont payables d'avance trimestriellement, par prélèvement automatique sur le compte du participant.

Le participant qui ne paie pas ses cotisations dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement des cotisations est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion aux garanties.

Seuls les participants licenciés indemnisés par le Pôle emploi peuvent souscrire la garantie incapacité-invalidité, qui intervient en cas de période de plus de 10 jours consécutifs de maladie, entraînant la suspension du paiement de l'allocation versée par le Pôle emploi et leur remplacement par les indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Dans ce cas, l'institution verse au participant une indemnité journalière égale à 100 % de l'allocation journalière versée par le Pôle emploi, la veille de la maladie, **sous déduction de l'indemnité journalière servie par la Sécurité sociale pendant cette période.**

En tout état de cause, l'institution ne se substitue pas au Pôle emploi et ne peut intervenir qu'à compter du jour où débute le versement de l'allocation journalière du Pôle emploi. Néanmoins, la cotisation est toujours due à compter du lendemain de la date de rupture du contrat de travail.

Le participant retraité peut demander, au plus tard dans les 6 mois suivant son départ à la retraite, à bénéficier des garanties décrites proposées par l'institution aux retraités (produits individuels).

Les garanties cessent :

- ❖ à la date de fin de la période de suspension du contrat de travail, ou en cas de reprise d'activité salariée ;
- ❖ à la date de fin d'indemnisation par le Pôle emploi, ou par la Sécurité sociale suite à la cessation anticipée d'activité pour exposition à l'amiante CAAA ;
- ❖ en cas de non-paiement des cotisations ;
- ❖ à la date de résiliation du contrat collectif souscrit par l'entreprise ;
- ❖ le premier jour du trimestre civil qui suit la date à laquelle le participant informe l'institution, par lettre recommandée avec accusé de réception, de sa décision de renoncer définitivement aux garanties ;
- ❖ à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

► Contrôle médical

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie du participant, l'institution se réserve le droit de procéder au contrôle de l'état de santé du participant et des soins engagés par lui.

Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'institution sont effectués par des médecins agréés par elle ou par des médecins choisis sur la liste de la Fédération française des associations de médecins conseils experts.

L'institution ne verse pas les prestations au participant :

- ❖ lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son arrêt de travail ou de son invalidité ;
- ❖ ou lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du participant, soit en raison de son absence en dehors des heures autorisées de sortie, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- ❖ ou lorsque le participant ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par l'institution, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, l'institution cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle en informe le participant.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'institution, les parties intéressées choisissent un 3^e médecin expert pour les départager. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le 3^e médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente.

L'institution et le participant concernés supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du 3^e médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées.

Conformément à cet avis, l'institution peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'institution entraînera pour le participant la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'institution informera l'intéressé du constat de son refus.

► Action sociale

L'adhésion aux garanties souscrites auprès de Humanis Prévoyance vous ouvre accès aux conseils et interventions de son service Action sociale.

Pour tout renseignement,

contactez le  **09 72 722 323**

APPEL NON SURTAXE

► Rehalto

Ce service vous permet un accès simple et rapide à des **consultations au cabinet d'un psychologue.**

En effet, si vous rencontrez des difficultés familiales, personnelles, professionnelles ou de dépendance (alcool, drogue, internet), vous pouvez ainsi que vos ayants droit (conjoint ou assimilé, enfants à charge fiscale) bénéficier jusqu'à 12 heures par an et par famille d'une aide psychosociale proche de votre domicile.

Le service est accessible 24h/24 et 7j/7, sans frais et assuré d'une confidentialité absolue.

Le numéro à composer est le suivant : **0 800 006 701**

Service & appel gratuits

N'hésitez pas à vous rapprocher de vos services médico-sociaux, des infirmières, des assistantes sociales ou des conseillères du travail afin d'obtenir de plus amples renseignements.

► Prescription

Toute action concernant les garanties décrites dans la présente notice est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, à l'exception de l'incapacité de travail (5 ans) et du décès lorsque le bénéficiaire de la prestation n'est pas le participant (10 ans).

Toutefois, ce délai ne court :

- ❖ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou incorrecte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- ❖ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'entreprise, du participant ou du bénéficiaire contre l'institution 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'entreprise, le participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour le risque décès, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la

couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé. La prescription est interrompue par :

- ❖ l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- ❖ la citation en justice ;
- ❖ l'impossibilité d'agir ;
- ❖ la reconnaissance par l'institution (ou le participant) du droit du participant (ou de l'institution) contre lequel il prescrivait ;
- ❖ la reconnaissance de dettes.

► Réclamations

Toutes contestations ou réclamations découlant de la présente notice et/ou de son interprétation devront faire l'objet d'une demande écrite précise adressée à :

Humanis
Service Satisfaction clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran cedex

► Autorité de contrôle

Humanis Prévoyance et l'OCIRP sont contrôlées par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex.

► Pour nous contacter

L'ensemble des correspondances (bulletin d'affiliation, changement d'option, changement de clause bénéficiaire, demande de prestations, ...) est à adresser à :

Humanis
Assurance de personnes
93 rue Marceau
93187 Montreuil cedex



VOTRE INTERLOCUTEUR HUMANIS

Suivre votre contrat



Téléphone :  N° Cristal **09 69 32 21 48**

APPEL NON SURTAXÉ

du lundi au vendredi de 8h à 18h

adresse : Humanis - 93 rue Marceau
93187 Montreuil Cedex

humanis.com

