

# Prévoyance CCN cabinets d'experts comptables et commissaires aux comptes (IDCC 787)

## CONDITIONS GÉNÉRALES

en vigueur au 01/01/2024

Contrat collectif à adhésion obligatoire



## » SOMMAIRE

<b>I - DÉFINITIONS</b>	<b>04</b>
<b>II - DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES</b>	<b>06</b>
1 - Objet du contrat	06
2 - Souscription	06
3 - Vie du contrat	07
4 - Maintien des garanties	08
5 - Cessation des garanties et des affiliations	10
6 - Cotisations	10
7 - Reprise des sinistres en cours	10
8 - Caractère indemnitaire des prestations et subrogation	11
9 - Litiges - réclamations	11
10 - Prescription	12
11 - Organisme de contrôle	12
12 - Protection des données à caractère personnel	12
13 - Lutte contre le blanchiment des capitaux	13
<b>III - LES GARANTIES</b>	<b>14</b>
14 - Base des garanties	14
15 - Bénéficiaires des garanties	14
16 - Garanties décès	14
17 - Garanties décès optionnelles (garanties de rentes optionnelles)	16
18 - Garanties d'incapacité et invalidité	16
19 - Exclusions	18
<b>ANNEXE I - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE II - LES GARANTIES D'ASSISTANCE</b>	

## ➤ PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire dénommé **PRÉVOYANCE CCN CABINETS D'EXPERTS-COMPTABLES ET COMMISSAIRES AUX COMPTES** est régi par le Code de la Mutualité. La langue utilisée est le français et le contrat est soumis à la loi française.

Les présentes conditions générales définissent les garanties souscrites dans le cadre du présent contrat, ainsi que leurs modalités et conditions de mises en œuvre.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des assurés tels que définis aux présentes. Ces conditions générales associées aux conditions particulières répondent a minima aux obligations de prévoyance complémentaire issues de la convention collective nationale des cabinets d'experts-comptables et commissaires aux comptes (IDCC 787).

### 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 personne morale, dont le représentant légal est signataire des conditions particulières.
- Les **ASSURÉS** : l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurable telle qu'exposée aux conditions particulières et déclarés par le souscripteur sur la liste du personnel à assurer.

## ➤ 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 événement 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 la durée de validité du contrat.

Le décès de l'assuré est considéré accidentel si le décès est consécutif à un accident et survient au plus tard dans les 12 mois suivant la date de cet accident.

#### 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 d'assurance relevant du Code de la mutualité 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<sup>e</sup> anniversaire, qu'ils soient naturels ou adoptés, et jusqu'à leur 29<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie avant leur 29<sup>e</sup> anniversaire ou bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé avant leur 29<sup>e</sup> 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'événement 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 est continue, elle correspond à un nombre de jours consécutifs au-delà duquel l'assureur verse la prestation. Chaque nouvel arrêt de travail donne lieu à un nouveau décompte de jours de franchise au-delà duquel l'assureur commence à verser les prestations.

## 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 3 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 calculé sur la moyenne des quatre trimestres civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations dans la limite de huit (8) fois le montant du plafond de sécurité sociale.

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 quatre trimestres civils, le salaire brut de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers trimestres 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 le salaire de l'assuré 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 À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

## 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier les assurés des garanties de prévoyance collective mentionnées aux conditions particulières et telles que définies aux présentes, au chapitre III "LES GARANTIES" et à l'annexe II "LES GARANTIES D'ASSISTANCE", à condition de remplir les conditions d'admission visées au 2.2.2 des présentes.

Le contrat se compose :

- des présentes conditions générales ;
- et des conditions particulières jointes.

Ces dernières prévalent sur les conditions générales et sont obligatoirement remises au souscripteur. Elles précisent notamment la ou les catégories de personnels assurés, les garanties souscrites, la date de prise d'effet de ces dernières ainsi que les taux de cotisation applicables.

## 2 - SOUSCRIPTION

### 2.1 - Obligations des parties

#### 2.1.1 - OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

L'assureur est tenu de remettre l'ensemble de la documentation contractuelle au souscripteur. Cette documentation peut lui être communiquée directement sur son espace électronique personnel sécurisé accessible sur le site internet indiqué sur la lettre d'accueil qui lui sera envoyée.

Les codes d'accès et mots de passe sont transmis de façon individualisée au souscripteur et à chacun des assurés par courrier.

En cas de perte et/ou oubli des codes et/ou du mot de passe, un protocole de réinitialisation est prévu et directement accessible depuis le site internet. Le cas échéant, le souscripteur et l'assuré peuvent contacter directement l'assureur aux coordonnées suivantes :

Macif TSA 91122 - 69501 Lyon cedex 03 ou 04 27 18 66 40 ou [prevoyancecollective@macif.fr](mailto:prevoyancecollective@macif.fr)

Le souscripteur et l'assuré peuvent, le cas échéant, demander la transmission de ces documents sur support papier en le signifiant à l'assureur dans le bulletin de souscription ou par contact aux coordonnées suivantes : Macif TSA 91122 - 69501 Lyon cedex 03 ou 04 27 18 66 40 ou [prevoyancecollective@macif.fr](mailto:prevoyancecollective@macif.fr)

Par ailleurs, l'assureur est tenu d'établir une notice d'information à destination des assurés dont l'objet est :

- de définir les garanties du présent contrat ;
- de préciser les formalités d'affiliation au contrat ;
- de définir les règles de prise d'effet du contrat ;
- de préciser les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque en vue de l'activation des garanties.

La notice d'information précise par ailleurs les exclusions, limitations et les cas de déchéance de garanties.

#### 2.1.2 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à :

- affilier au contrat la totalité de ses salariés, dès la date d'entrée dans la catégorie de personnel assuré mentionnée aux conditions particulières et sous réserve de l'exercice des éventuelles dispenses d'affiliation prévues par la réglementation en vigueur et celles spécifiques issues du régime mis en place par l'entreprise ;
- remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et les statuts de ce dernier, ainsi que les différentes versions de ces mêmes documents en cas d'évolutions en cours de vie du contrat ;
- informer par écrit les assurés, conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur, des modifications qu'il est prévu d'apporter, le cas échéant, à leurs droits et obligations découlant du présent contrat ;
- remettre à l'assureur, à la souscription et en cours de vie du contrat, un état récapitulatif du personnel dans les conditions exposées au 2.3 "formalités de souscription et d'affiliation" ;
- **déclarer à l'assureur, au moins 15 jours avant le départ, tout projet de déplacement ou séjour 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. L'assureur se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues à ce ou ces assurés. À défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de la part de l'assureur, les sinistres affectant le bénéficiaire qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvrieraient droit à aucune prestation.**

**La preuve de la remise de la notice d'Information, des statuts de l'assureur et de l'information faite aux assurés incombe au souscripteur.**

Le souscripteur devra veiller à l'adéquation entre le choix des garanties et les obligations qui lui incombent au titre de ses engagements et obligations envers les salariés quelles que soient leurs natures.

### 2.2 - Conditions d'admission à l'assurance

#### 2.2.1 - CONDITIONS D'ADMISSION POUR L'ENTREPRISE

Le souscripteur doit être une entreprise ou un établissement situé(e) et immatriculé(e) en France dont la catégorie de personnel est comprise entre 1 et 299 salariés et relevant de la CCN des cabinets d'experts-comptables et commissaires aux comptes.

#### 2.2.2 - CONDITIONS D'ADMISSION DES SALARIÉS ASSURÉS

L'affiliation des salariés est subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable définie dans les conditions particulières ;
- être affilié au régime général de la Sécurité sociale française.

L'affiliation de chaque assuré est notifiée par un certificat d'affiliation individuel établi par l'assureur.

## 2.3 - Formalités de souscription et d'affiliation

### 2.3.1 - FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION POUR L'ENTREPRISE

Lors de sa souscription, le souscripteur doit :

- remettre à l'assureur le bulletin de souscription dûment complété et signé par le souscripteur ;
- renseigner la liste des salariés constituant la catégorie de personnel assurable au jour de la souscription, sauf lorsque l'information est transmise directement par déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du contrat ;
- renseigner, le cas échéant, la liste des salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en invalidité permanente au jour de la souscription ;
- fournir, le cas échéant, la liste des ex-salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité des droits prévus par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

### 2.3.2 - FORMALITÉS D'AFFILIATION DES ASSURÉS

Pour l'affiliation des salariés constituant la catégorie objective, en l'absence de transmission des informations par déclaration sociale nominative (DSN), il devra être remis à l'assureur des demandes individuelles d'affiliation complétées et signées conjointement par le souscripteur et par chaque assuré appartenant à la catégorie de personnel assurable, y compris ceux en arrêt de travail total ou partiel ou en cours de portabilité.

## 2.4 - Sanctions pour 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.**

**particulières. Cette date ne peut excéder le trentième jour qui précède la date de signature figurant sur le bulletin de souscription.**

**Il est souscrit pour l'année civile en cours et vient à échéance au 31 décembre de l'année de souscription.**

**Il se renouvelle ensuite au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation par le souscripteur ou l'assureur dans les conditions exposées ci-après au 3.2.**

### 3.1.2 - PRISE D'EFFET DES AFFILIATIONS

L'affiliation prend effet :

- à la date d'effet du présent contrat pour les salariés relevant de la catégorie de personnel assuré et présents dans l'effectif à cette date ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel du souscripteur, pour les salariés embauchés postérieurement à la prise d'effet du contrat à condition que la demande d'affiliation du nouveau salarié soit effectuée dans les deux (2) mois qui suivent sa date d'entrée dans les effectifs du souscripteur. Passé ce délai l'affiliation prendra effet à la date de réception de la demande d'affiliation par l'assureur ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel visée par le contrat et mentionnée aux conditions particulières, lorsque le salarié faisait déjà parti des effectifs à la date d'effet du présent contrat.

## 3.2 - Résiliation du contrat

Le présent contrat peut être résilié, à la demande du souscripteur ou de l'assureur à chaque échéance annuelle, sous réserve de respecter un préavis de deux (2) mois, soit au plus tard le 31 octobre précédent la date de son renouvellement.

Le préavis de deux (2) mois est décompté à partir de la date d'envoi de la demande.

## 3.3 - Territorialité des garanties

Les garanties sont accordées aux assurés affiliés au régime général de Sécurité sociale français ou à la Caisse des français de l'étranger exerçant leur 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 l'assuré est détaché par son employeur et bénéficie à ce titre d'un régime obligatoire français, et sous réserve de se conformer à l'article 2.1.2 du présent document.

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

## 3 - VIE DU CONTRAT

### 3.1 - Prise d'effet, durée, renouvellement

#### 3.1.1 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

**En cas d'acceptation du risque par l'assureur, le présent contrat prend effet à la date indiquée aux conditions**

## 3.4 - Revalorisation des prestations

### 3.4.1 - 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<sup>er</sup> 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.

### 3.4.2 - REVALORISATION 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.

## 3.5 - Changement de situation

### 3.5.1 - ENTRÉE D'UN NOUVEAU SALARIÉ

Le souscripteur s'engage à déclarer le cas échéant toute nouvelle entrée de salarié répondant à la définition de la catégorie de personnel assuré.

Pour les entreprises ne déclarant pas ces informations via la DSN, ces dernières seront tenues de transmettre une demande individuelle d'affiliation, au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date d'effet du contrat de travail du nouveau salarié.

### 3.5.2 - CHANGEMENT DE SITUATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à informer l'assureur en cas de modification ou de création d'établissement qui donnent lieu à l'entrée de nouveaux salariés. Il devra transmettre, au plus tard le mois qui suit la date d'effet du contrat de travail, un état récapitulatif à jour du personnel dans lequel figureront les entrées et sorties des salariés de l'entreprise souscriptrice.

Le récapitulatif devra indiquer, le cas échéant, si les salariés entrants sont en situation de sinistre en cours.

## 3.6 - Révision du contrat

Tous changements apportés aux dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles, sur le fondement desquelles les garanties et niveaux de cotisations

ont été établies, postérieurement à la prise d'effet du présent contrat, ne sauront avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'assureur. Les impacts de ces changements pourront entraîner une révision des garanties et/ou une majoration de la cotisation qui sera notifiée et matérialisée par un avenant signé par les parties.

Pour toute autre modification, l'assureur a la faculté de proposer au souscripteur une révision des garanties et/ou des cotisations formalisée par voie d'avenant signé par les parties.

**En cas de désaccord, l'assureur et le souscripteur peuvent exercer leurs facultés de résiliation telles qu'exposées à l'article 3.2 des présentes.**

## 3.7 - 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 opposer par l'assureur un refus ou une suspension de versement des prestations.

## 4 - MAINTIEN DES GARANTIES

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

Les garanties définies au présent contrat et figurant aux conditions particulières sont maintenues au bénéfice du salarié pendant la durée de la suspension de son 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, ou 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, sauf exonération de cotisation prévue à l'article 6.4, et 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.



## 4.2 - Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du présent contrat d'assurance

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

En cas de résiliation du présent contrat d'assurance, et en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente d'un assuré ouvrant droit aux prestations objet du présent contrat, les garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive resteront acquises tant que l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente telle que définie au contrat perdurera.

**Toutefois, si l'assuré a été affilié au présent contrat, 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 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

En cas de résiliation du présent contrat d'assurance, les assurés en arrêt de travail à la suite d'une maladie, accident ou invalidité qui perçoivent des prestations au titre du présent contrat, ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant des prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente bénéficient d'un maintien des prestations tant que se poursuit l'arrêt de travail ou persiste le classement en 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, le maintien de l'ensemble des garanties définies au contrat est prévu au bénéfice des anciens salariés du souscripteur, 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.

### 4.3.1 - CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE LA PORTABILITÉ

L'affiliation et les droits à garantie de l'assuré doivent avoir été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

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. A ce titre, 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.

L'assuré 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 de la cessation de la prise en charge par le régime d'assurance chômage et /ou de sa reprise d'activité professionnelle.

### 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 le souscripteur, 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.

### 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 14, 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 présent contrat 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 par l'assureur directement à l'assuré.

### 4.3.5 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur 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. A ce titre, les assurés ne s'acquittent d'aucune cotisation pendant toute la durée du maintien de la garantie.

## 5 - CESSATION DES GARANTIES ET DES AFFILIATIONS

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas de demande de résiliation formulée par l'assureur ou le souscripteur, sous réserve de l'article 4.2 ;
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. article 6.5) ;
- à tout moment et sans préavis lorsqu'il n'y a plus d'assurés dans la catégorie de personnel telle que définie au chapitre I.

En tout état de cause, l'affiliation cesse :

- lorsque l'assuré cesse d'appartenir au groupe assuré ;
- lorsque l'assuré est radié de l'effectif du souscripteur (sauf en cas de mise en œuvre de la portabilité) ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- à la liquidation des droits à la retraite de l'assuré, sauf lorsque celui-ci continue 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.

## 6 - COTISATIONS

### 6.1 - Assiette de cotisation

Les taux de cotisations sont mentionnés aux conditions particulières.

Ils correspondent à un pourcentage d'une ou plusieurs tranches du salaire brut de référence tel que défini aux conditions particulières et mentionné sur la déclaration annuelle des données sociales (DADS) ou sur la déclaration sociale nominative (DSN) au titre de la période pour laquelle ces cotisations sont dues.

### 6.2 - Modalités de règlement des cotisations

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet du contrat. Le paiement des cotisations à l'assureur incombe au souscripteur y compris pour la part salariale. L'appel des cotisations est trimestriel à terme échu et les cotisations sont payables dans les dix jours suivant chaque trimestre.

### 6.3 - Révision des cotisations

Les cotisations sont réexaminées annuellement par l'assureur et peuvent être modifiées en fonction des résultats du produit Prévoyance CCN cabinets d'experts comptables et commissaires aux comptes ou des évolutions législatives et réglementaires.

La révision annuelle des cotisations doit être notifiée au souscripteur au plus tard le 31 octobre de l'année en

cours. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, le souscripteur doit en aviser l'assureur au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

À défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, le souscripteur est réputé avoir accepté la révision des cotisations. Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'assureur, ce dernier procède, à effet immédiat, à la révision des conditions de l'assurance selon les modalités de l'article 3.6.

### 6.4 - Exonération des cotisations

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

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

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

### 6.5 - Sanction pour non-paiement

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 une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. La garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la mise en demeure au souscripteur.

La résiliation du contrat 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 la 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 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.

## 7 - REPRISE DES SINISTRES EN COURS

Sont considérés comme risques ou sinistres en cours :

- les salariés en arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente indemnisés par la Sécurité sociale à la date de souscription du contrat ;
- les anciens salariés qui bénéficient de prestations

périodiques complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale, à la date de l'étude du risque, au titre d'un contrat de prévoyance en cours ou précédemment souscrit par l'entreprise ;

- les bénéficiaires de rentes de conjoint et d'éducation en vertu d'un contrat de prévoyance en cours ou précédemment souscrit par l'entreprise à la date de l'étude du risque.

## 7.1 - Modalités de prise en charge

En cas de création de régime (pas d'organisme assureur tenant) et lorsqu'un salarié est en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente) lors de la prise d'effet des garanties, l'assureur prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat, à savoir le passage du salarié en état d'invalidité ou le décès du salarié, conformément à l'article 2 de la loi Evin du 31 décembre 1989.

En cas de souscription faisant suite à un contrat collectif de prévoyance souscrit auprès d'un autre organisme assureur et lorsqu'un salarié ou ancien salarié est en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente) lors de la prise d'effet des garanties auprès du nouvel assureur, les prestations relatives à cet arrêt (y compris l'exonération des cotisations) sont à la charge du précédent organisme assureur au niveau atteint, sauf accord spécial expressément notifié dans les conditions particulières.

Si, à la demande du souscripteur, la prise en charge de revalorisations et ou de différentiels de garanties doit être prévue sur des sinistres ouvrant droit aux prestations de l'organisme assurant précédemment ces risques, l'assureur en définira l'étendue des conditions de garanties et de tarification dans les conditions particulières.

Il en sera de même si des prestations telles que "rente éducation" ou "rentes de conjoint" sont en cours auprès de ce précédent organisme.

Les salariés en arrêt de travail à la date de demande de souscription sont garantis, sous réserve que l'assureur en ait été dûment informé.

## 7.2 - Financement

La prise en charge des sinistres en cours, à la date d'effet de la souscription, est conditionnée au paiement d'une prime unique par le souscripteur ou le cas échéant d'une sur cotisation. Son financement et les modalités de ce dernier seront formalisés aux conditions particulières.

Lors d'un transfert de salariés dans le cadre d'un transfert de patrimoine entre entreprises (fusions, acquisition, etc...), les modalités de prise en charge des sinistres en cours sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de l'opération. Si la prise d'effet du transfert de sinistres en cours donne lieu au paiement de la prime unique à charge du souscripteur, le financement sera formalisé par voie d'avenant au contrat.

## 8 - CARACTÈRE INDEMNITAIRE DES PRESTATIONS ET SUBROGATION

### 8.1 - Caractère indemnitaire

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, en net, plus que le salaire brut de référence 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.

### 8.2 - 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 - 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](http://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 - Litiges d'ordre médical

En cas de désaccord sur les conclusions médicales de l'assureur, l'assuré peut en contester le bien-fondé à l'amiable.

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

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

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

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 la charge de l'assuré.

## 10 - PRESCRIPTION

**Toutes actions dérivant du présent contrat 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 fausse 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 - 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.

## 12 - PROTECTION DES 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. Les 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.

Les 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).

Les personnes concernées disposent 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 leurs données à caractère personnel après leur décès.

Le cas échéant, les personnes concernées peuvent retirer leur 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](http://www.bloctel.gouv.fr).

Les personnes concernées peuvent s'opposer à la prospection commerciale, exercer leurs autres droits et adresser toute demande d'information concernant les 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 leur contrat.

Les personnes concernées ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

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

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

## 13 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'assureur est fondé, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander à l'entreprise toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

## III - LES GARANTIES

### 14 - BASE DES GARANTIES

Au titre du contrat, la base des garanties est définie en fonction d'une ou plusieurs tranches du salaire brut de référence, tel que défini aux conditions particulières et mentionné sur la déclaration annuelle des données sociales (DADS) ou sur la déclaration sociale nominative (DSN), au titre de la période retenue pour le calcul des cotisations ou des prestations.

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

Si l'assuré ne compte pas douze mois entiers de présence dans l'entreprise au moment du sinistre, ou si pendant cette période son 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, son salaire annuel est calculé selon la définition du salaire brut de référence prévue aux présentes.

### 15 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

#### 15.1 - Bénéficiaire du capital en cas de décès au titre de la garantie décès toutes causes

##### 15.1.1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE TYPE

En cas de décès, les prestations sont versées au(x) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s). À défaut de désignation expresse, les sommes dues seront versées :

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

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, l'assuré peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits.

L'acceptation peut être faite soit par avenant signé de l'assureur, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'assuré 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 enfant à charge lors du décès de l'assuré, les bénéficiaires de ladite majoration de capital sont les enfants à charge de l'assuré par parts égales entre eux, indépendamment de toute désignation expresse.

##### 15.1.2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE PERSONNALISÉE

En tout état de cause, l'assuré peut 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 lui ou par acte authentique.

Le formulaire de désignation et modification de la clause bénéficiaire est mis à sa disposition et celle du souscripteur sur leurs espaces internet respectifs.

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

#### 15.2 - Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive au titre de la garantie décès toutes causes

En cas d'invalidité absolue et définitive quelle qu'en soit la cause, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même.

En cas de majoration du capital décès pour enfants à charge, les bénéficiaires de ladite majoration sont les enfants à charge de l'assuré à la date de consolidation de l'invalidité absolue et définitive par parts égales entre eux, indépendamment de toute désignation expresse.

#### 15.3 - 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, ayant toujours cette qualité au jour du décès ou de l'incapacité absolue et définitive du conjoint de l'assuré, par parts égales entre eux.

#### 15.4 - 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).

### 16 - GARANTIES DÉCÈS

#### 16.1 - Garantie décès toutes causes

##### 16.1.1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au(x) bénéficiaire(s) tel(s) que défini(s) à l'article

15.1 et 15.2, un capital qui varie en fonction de la situation de famille de l'assuré capital décès selon la situation familiale). Ce capital fait l'objet d'une majoration par enfant à charge, dont le montant est inscrit aux conditions particulières. Cette majoration est versée au profit desdits enfants à charge à la date du décès ou de la consolidation de l'invalidité absolue et définitive et réparti par parts égales entre eux.

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 15.2, 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<sup>e</sup> catégorie définie à l'article L.341-4 3<sup>o</sup> 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 %.

### 16.1.2 - TERME DE LA GARANTIE

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

## 16.2 - Capital décès doublement accident

### 16.2.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque cette garantie est prévue, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle de l'assuré, un capital est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis aux articles 15.1 et 15.2, et dont le montant est défini aux conditions particulières.

**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 collectif soit toujours en cours à la date du décès, sauf cas prévu à l'article 4.2.1 des présentes.**

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

### 16.2.2 - 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.**

## 16.3 - Capital décès simultané

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du conjoint de l'assuré tel que défini aux présentes, survenu simultanément ou dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de celui-ci, un capital est versé au profit des enfants à charge, sous réserve que le contrat collectif soit toujours en cours à la date du décès du conjoint.

Ce capital dont le montant est défini aux conditions particulières vient en cumul des capitaux versés au titre de la garantie décès toutes causes, et est réparti entre les enfants à charge par parts égales entre eux. **Les personnes doivent encore être à la charge du conjoint au jour de son décès ou de son invalidité absolue et définitive.**

## 16.4 - Allocation frais d'obsèques

### 16.4.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Une allocation est versée au bénéficiaire tel que défini ci-après en cas de décès de l'assuré, du conjoint tel que défini aux présentes, ou d'un (des) enfant(s) à charge âgé(s) de douze (12) ans et plus.

### 16.4.2 - MONTANT DE L'ALLOCATION

Le montant de cette allocation correspond au pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) tel que défini aux conditions particulières dans la limite des frais engagés pour l'organisation des obsèques.

### 16.4.3 - 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.

## 16.5 - Modalités de versement des garanties décès

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 I).

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 DÉCÈS OPTIONNELLES (GARANTIES DE RENTES OPTIONNELLES)

Les garanties décès prévues ci-après peuvent être souscrites en complément des garanties décès prévues à l'article 16 au libre choix du souscripteur.

### 17.1 - Rente éducation

#### 17.1.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque la garantie est souscrite, en cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant est défini aux conditions particulières.

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 aux présentes.

Les enfants de l'assuré reconnus par la Sécurité sociale en état d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie avant leur 29<sup>e</sup> anniversaire ou bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé avant leur 29<sup>e</sup> anniversaire, bénéficient de la prestation tant que dure leur état d'invalidité ou le bénéfice du versement de l'allocation adulte handicapé et jusqu'à leur décès.

#### 17.1.2 - MONTANT

Le montant de la rente est déterminé aux conditions particulières et évolue en fonction de l'âge du (des) enfant(s) bénéficiaire(s).

#### 17.1.3 - TERME DE LA GARANTIE

**Les garanties cessent lorsque l'enfant à charge ne répond plus à la définition d'enfant à charge telle que stipulée aux présentes.**

### 17.2 - Rente temporaire décès

#### 17.2.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Lorsque la garantie est souscrite, dans l'hypothèse du décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire au bénéficiaire, personne physique majeure, de votre choix, pour une durée de cinq (5) ans.

Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire en particulier, vous devez le désigner par le biais d'une clause de désignation particulière. À défaut de désignation particulière, la clause type de l'article 15.1.1 s'appliquera.

#### 17.2.2 - TERME DE LA GARANTIE

La rente temporaire cesse d'être versée :

- au jour du décès du bénéficiaire ;
- au terme de la durée de la garantie (soit 5 ans).

### 17.3 - Modalités de versement des prestations pour les garanties de rentes optionnelles (rente éducation et rente temporaire décès)

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

## 18 - GARANTIES D'INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ

### 18.1 - Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail

#### 18.1.1 - DESCRIPTIF DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet de faire bénéficier les assurés 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, l'incapacité totale pour l'assuré à exercer pendant un délai déterminé son travail, 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 présent contrat est subordonnée à l'octroi des prestations en espèces 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 l'état de santé du participant et de son droit aux prestations au regard de la définition susvisée, dans le cadre du contrôle médical visé à l'article 3.7 des présentes conditions générales.

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



### 18.1.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des indemnités journalières est inscrit aux conditions particulières. Ce montant inclut les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité.

En application de l'article 8 des présentes, le total des revenus (d'activité ou de remplacement) et des prestations perçus par l'assuré ne pourra excéder 100 % de son salaire net d'activité.

### 18.1.3 - 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 trois (3) 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.

### 18.1.4 - 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 aux présentes.

### 18.1.5 - FRANCHISES APPLICABLES

La franchise applicable est continue et sa durée est spécifiée aux conditions particulières.

### 18.1.6 - 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 dans l'annexe I 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, sous réserve que l'assuré soit toujours dans les effectifs de l'entreprise.

### 18.1.7 - 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-quinzième (1095e) jour ou à la liquidation des droits à la retraite de l'assuré. La résiliation du présent contrat 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.

## 18.2 - Garanties en cas d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle

### 18.2.1 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Ces garanties ont pour objet de faire bénéficier l'assuré d'une rente d'invalidité complémentaire aux prestations versées par la Sécurité sociale dont le montant est défini aux conditions particulières.

**La garantie invalidité** s'applique dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'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<sup>re</sup> catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2<sup>e</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3<sup>e</sup> catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

**La garantie incapacité permanente professionnelle** s'applique dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'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 20 % au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

## 18.2.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant de la rente d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle est déterminé en fonction du taux de prestation défini aux conditions particulières et de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanent établi par la Sécurité sociale.

Ce montant inclut les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle, hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

**En tout état de cause, et conformément à l'article 8 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.**

## 18.2.3 - 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 dans l'annexe I 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.

## 18.2.4 - 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 20% ou qu'il bénéficie de la pension vieillesse ou de la pension d'inaptitude au travail de la Sécurité sociale, et au plus tard à la liquidation de ses droits à la retraite de base.**

La résiliation du présent contrat 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.

## 19 - EXCLUSIONS

### 19.1 - Exclusions applicables à toutes les garanties

**Sont exclus des garanties décès toutes causes, doublement accident, capital décès simultané, allocation frais d'obsèques, rente éducation, rente temporaire décès, 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 au point 2.1.2 ;
- 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 affiliée(e) à une fédération.

### 19.2 - Exclusions applicables au risque décès

**Sont exclus des garanties décès toutes causes, doublement accident, capital décès simultané, allocation frais d'obsèques, rentes de conjoint, rente éducation, les sinistres résultants :**

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'affiliation de l'assuré au présent contrat ;
- 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, 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.**

# ANNEXE I - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DOCUMENTS À FOURNIR	ITT	IPP	DÉCÈS IAD	RENTE ÉDUCATION	RENTES DE CONJOINT	OBSÈQUES
<b>En cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) ou d'invalidité / incapacité permanente professionnelle (IPP) de l'assuré</b>						
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		●				
<b>En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré</b>						
Acte de décès			●	●	●	●
Titre de pension d'invalidité de 3 <sup>e</sup> 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						●



*Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !*



Le contrat **Prévoyance CCN Cabinets d'experts-comptables et commissaires aux comptes** 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.

CG CCN EC/CC - 01/24