

NOTICE D'INFORMATION

PREVOYANCE

Contrat collectif surcomplémentaire à adhésion obligatoire

Pour le personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres des entreprises relevant de la Convention collective nationale de la RESTAURATION RAPIDE (IDCC 1501)

Date d'effet : 1^{er} Octobre 2021

Sommaire

Lexique	4
IMPORTANT	6
PREAMBULE	8
GENERALITES	9
Article 1 – Cadre juridique	9
Article 2 – Contrôle des institutions	9
Article 3 – Réclamation et médiation	9
Article 4 – Protection des données personnelles	10
Article 5 – Communication par voie électronique	12
Article 6 – Lutte contre la fraude à l’assurance	12
Article 7 – Prescription	12
AFFILIATION	14
Article 8 – Date d’effet de votre affiliation	14
Article 9 – Suspension de votre contrat de travail	14
Article 10 – Cessation de votre affiliation	14
Article 11 – Maintien des garanties	14
COTISATIONS	17
Article 12 – Assiette et paiement des cotisations	17
Article 13 – Exonération du paiement des cotisations	17
PRESTATIONS	18
Article 14 – Traitement de référence	18
Article 15 – Revalorisation des prestations	18
Article 16 – Situation familiale	18
Article 17 – Modification des prestations	19
Article 18 – Déclaration des sinistres	19
Article 19 – Paiement des prestations	19
Article 20 – Plafonnement des prestations	19
Article 21 – Contrôle médical	20
Article 22 – Exclusions	20
Article 23 – Déchéance	21
Article 24 – Subrogation	21
Article 25 – Fausse déclaration	21
GARANTIES	22

Article 26 – Capital décès toutes causes	22
Article 27 – Décès postérieur ou simultané du conjoint.....	22
Article 28 – Invalidité absolue et définitive.....	23
Article 29 – Décès ou invalidité absolue et définitive par accident.....	23
Article 30 – Incapacité temporaire de travail.....	23
Article 31 – Invalidité	24
DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	26
ANNEXE 1 – TABLEAU DES PRESTATIONS.....	27
ANNEXE 2 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	28

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment les affections cardio-vasculaires, ruptures d'anévrisme, attaques cérébrales, etc.).

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

Contrat de base

Contrat souscrit par l'Entreprise pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion et qui conditionne l'adhésion au présent contrat.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Délai de franchise

Période débutant à la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas.

Entreprise ou Adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'un sinistre au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée définie au certificat d'adhésion.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution. La prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'une rente ou d'indemnités journalières.

Risque

Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de votre volonté ou de celle du bénéficiaire.

Rémunération brute

Sommes et avantages que vous avez perçus assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Rémunération nette

Rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Sinistre

Réalisation de l'évènement susceptible de mettre en jeu une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

Tranche 1 : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS).

Tranche 2 : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 8 fois le montant du PASS.

IMPORTANT

DOCUMENT A COMPLETER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

En qualité de salarié de l'entreprise.....

Je soussigné(e).....

reconnais avoir reçu la notice d'information du contrat collectif et obligatoire de prévoyance surcomplémentaire du personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Restauration Rapide (IDCC 1501).

A.....

Le.....

Signature

PREAMBULE

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS.

Elle précise notamment les garanties « prévoyance » dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure en annexe.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

GENERALITES

Article 1 – Cadre juridique

Votre entreprise a souscrit un contrat de prévoyance auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 4, rue Georges Picquart, 75017 PARIS, ci-après dénommée « l'Institution ».

Ce contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit au bénéfice de la catégorie de personnel figurant sur le certificat d'adhésion. Il a pour objet de compléter les garanties dont vous bénéficiez au titre du contrat de base souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance et de l'OCIRP relatif au régime de prévoyance mis en place par la Convention Collective Nationale de la Restauration Rapide (IDCC : 1501) dont relève votre entreprise.

En conséquence, à défaut de prise en charge d'une garantie au titre du contrat de base, aucune prestation ne pourra être versée au titre du présent contrat pour la même garantie.

KLESIA Prévoyance garantit intégralement les risques suivants :

- **Le risque Décès**
- **Le risque Incapacité de travail**
- **Le risque Invalidité**

L'ensemble des prestations est géré par KLESIA Prévoyance.

Article 2 – Contrôle des institutions

KLESIA Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 3 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution du contrat, vous devez adresser votre demande en priorité à l'Institution, à l'adresse suivante :

**KLESIA Prévoyance
TSA 20202
69307 LYON Cedex 07**

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser au Médiateur de la protection sociale, dans un délai d'un an à compter de la réclamation, par voie électronique via le formulaire de saisine en ligne sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> ou par courrier à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS**

Vous pouvez également saisir le Médiateur à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, votre saisine doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution.

Article 4 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à l'Institution, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Prévoyance sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- L'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- La tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- La gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- L'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- La gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits ;
- La recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- La mise en place d'actions de prévention ;
- La gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- La lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
- La prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Prévoyance et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, KLESIA Prévoyance pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Prévoyance vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés en annexe.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

KLESIA Prévoyance traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en annexe.

Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- **Pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;**
- **Lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.**

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- De définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- De retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de KLESIA Prévoyance.

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Prévoyance

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Prévoyance, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- Par courrier à l'adresse KLESIA – Service INFO CNIL – CS 30027 – 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://cnil.fr>

Article 5 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise / vous et l'Institution sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L 932-12-2 et R 932-1-6 du code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 6 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser vos données personnelles à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Article 7 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- **5 ans concernant l'incapacité de travail ;**
- **10 ans concernant les garanties décès versées aux bénéficiaires.**

Conformément aux dispositions de l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter de votre décès pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par l'Institution.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- **Qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;**
- **Que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Lorsque l'action de l'Adhérente, la vôtre, ou celle du bénéficiaire, contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, vous-même ou du bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **Demande en justice, même en référé ;**
- **Acte d'exécution forcée ;**
- **Désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;**
- **Envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou recommandé électronique adressé(e) soit à l'Adhérente par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par vous-même, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

AFFILIATION

Article 8 – Date d’effet de votre affiliation

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance est un contrat collectif et obligatoire pour l’ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée. Vous devez donc y être affilié dès la souscription du contrat par votre employeur pour la catégorie de personnel dont vous faites partie, ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie. Les garanties prennent effet à compter du jour de votre affiliation.

Article 9 – Suspension de votre contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Les garanties sont maintenues si vous bénéficiez :

- D’un maintien total ou partiel de salaire ;
- Des indemnités journalières complémentaires versées au titre d’un contrat de prévoyance complémentaire ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- Ou d’un revenu de remplacement versé par votre employeur, notamment en cas d’activité partielle ou d’activité partielle de longue durée (dont l’activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits) et de congé rémunéré par votre employeur (reclassement, mobilité ...).

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lors de la suspension de votre contrat de travail sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d’entreprise, congé parental d’éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l’Entreprise. Elle s’achève dès la reprise effective du travail au sein de l’effectif assuré, sous réserve que l’Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Article 10 – Cessation de votre affiliation

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévu à l’article 11, les garanties cessent :

- En cas de résiliation du contrat par l’Institution ou l’Entreprise ;
- En cas de rupture de votre contrat de travail ;
- Lorsque vous cessez d’appartenir à la catégorie assurée ;
- En cas de cessation d’activité ou disparition de l’Entreprise ;
- En cas de liquidation de votre pension de retraite, sauf situation de cumul emploi-retraite dans l’entreprise ;
- À la date de votre décès.

Article 11 – Maintien des garanties

Maintien des garanties au titre de la portabilité prévue à l’article L 911-8 du code de la Sécurité sociale

Conditions

Conformément à l’article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, les garanties dont vous bénéficiez sont maintenues, à condition que la cessation de votre contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que vous soyez pris en charge par le régime de l’Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à l'Adhérente de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, comptés en mois entier et le cas échéant arrondis au nombre supérieur, et en tout état de cause, limité à 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat vous sera applicable.

Les indemnités versées au titre des garanties incapacité / invalidité au cours de la période de maintien des droits ne peuvent vous conduire à percevoir un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues à la même période.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés portés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour vous et votre employeur.

Obligations déclaratives

Vous vous engagez à fournir à l'Institution :

- À l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- Trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômage ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- À l'issue de la période de portabilité ;
- À votre décès ;
- En cas de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;
- En cas de non-transmission des justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage ;
- En cas de résiliation du contrat de prévoyance.

Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la résiliation du contrat de prévoyance est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la date de résiliation.

En cas de reconnaissance ou d'aggravation de l'état d'incapacité permanente ou d'invalidité postérieurement à la résiliation du contrat de votre entreprise, la prestation sera versée si le fait générateur de cet arrêt de travail est survenu durant la période d'assurance du contrat, ou antérieurement à la date d'effet du contrat en cas de reprise de passif si vous ne bénéficiez pas d'un contrat de prévoyance antérieur. Le montant de la prestation sera égal au montant prévu à la date de la résiliation, sauf en l'absence d'assureur repreneur.

Maintien des garanties décès

En application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties décès sont maintenues lorsque vous êtes indemnisé au titre des risques incapacité de travail ou invalidité à la date de résiliation du contrat.

Ces dispositifs de maintien cessent dans les cas suivants :

- Reprise totale d'activité ;
- Cessation des versements par la Sécurité sociale des indemnités journalières, d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité pour accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'incapacité inférieur ou égal à 33 % ;
- Liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 5 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif de prévoyance par votre employeur, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties à titre individuel moyennant le paiement de cotisations spécifiques déterminées par l'Institution, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant la date d'effet de résiliation du contrat.

COTISATIONS

Article 12 – Assiette et paiement des cotisations

Les garanties sont assurées en contrepartie du paiement des cotisations définies au contrat. Les cotisations sont assises sur l'ensemble de votre rémunération brute limitée à la tranche 1. La tranche 1 correspond à la fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.

Si vous exercez votre activité à temps partiel, les plafonds sont réduits au prorata de votre temps de présence. Cette disposition n'est pas applicable en cas de temps partiel pour raisons médicales (« mi-temps thérapeutiques »).

La cotisation peut être prise en charge intégralement par votre employeur afin de lui permettre de répondre à l'obligation prévue à l'article 1 de l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement dans les conditions de l'article 9, l'assiette des cotisations est constituée de l'indemnisation qui vous est versée (indemnisation légale, complétée le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par votre employeur).

Article 13 – Exonération du paiement des cotisations

En cas d'arrêt de travail ou d'invalidité, les cotisations ne sont pas dues dès lors que vous êtes indemnisé par l'Institution au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité. L'exonération cesse en cas de cessation du versement des prestations incapacité de travail ou invalidité par l'Institution.

PRESTATIONS

Article 14 – Traitement de référence

Le traitement de référence qui sert de base de calcul des prestations est égal au salaire annuel brut des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, l'invalidité si celle-ci n'a pas été précédée d'un arrêt de travail ou le décès. Si la période de référence est incomplète, le salaire est reconstitué sur la base de la période d'emploi précédant l'arrêt de travail, l'invalidité si celle-ci n'a pas été précédée d'un arrêt de travail ou le décès, en tenant compte des augmentations générales de salaire dont vous auriez bénéficiées.

Article 15 – Revalorisation des prestations

Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques (indemnités journalières, rentes invalidité et incapacité permanente, rentes éducation et de conjoint) peuvent être revalorisées annuellement, sur la base du taux décidé par le Conseil d'administration de KLESIA Prévoyance.

Si vous êtes en arrêt de travail, les prestations et le traitement de référence sont revalorisables dans l'année suivant le premier anniversaire de l'arrêt de travail initial.

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

Revalorisation du capital décès

La revalorisation prévue au paragraphe précédent s'applique également au traitement de référence servant de base de calcul en cas de décès survenant lorsque vous êtes en arrêt de travail et que vous bénéficiez du maintien des garanties décès.

Cette revalorisation ne porte pas préjudice à l'application de la revalorisation du capital décès telle que prévue par la loi n° 2014 – 617 du 13 juin 2014 et le décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015.

Article 16 – Situation familiale

Le montant des prestations ainsi que les éventuelles majorations prennent en compte votre situation familiale, dûment justifiée. Les personnes prises en compte sont définies ci-dessous.

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- Votre époux (se), non séparé de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations ;
- Votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- Votre concubin notoire au sens de l'article 515-8 du code civil. Le concubinage doit avoir été continu et établi de façon certaine pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants à charge au sens fiscal, ainsi que, le cas échéant, les enfants auxquels vous êtes redevable d'une pension alimentaire au titre d'un jugement de divorce, étant entendu que les enfants posthumes donnent également droit à une majoration familiale.

Personnes à charge

Par personne à charge, on entend :

- Les enfants à charge tels que définis ci-dessus ;
- Les personnes reconnues à charge lors du calcul de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, autres que le conjoint ou assimilé et non visées ci-dessus.

Article 17 – Modification des prestations

Si vous êtes en arrêt de travail ou en invalidité, la modification des garanties incapacité de travail ou invalidité est sans impact sur vos prestations. Vous restez couverts dans les conditions en vigueur lors de votre arrêt de travail ou invalidité si celle-ci n'a pas été précédée d'un arrêt de travail.

En revanche, la modification des garanties décès vous sera applicable si vous êtes toujours présent dans les effectifs de l'entreprise ou en cours de portabilité. A défaut, vous serez couverts, au titre de la garantie décès, par les dispositions en vigueur à la date de rupture de votre contrat de travail ou à l'expiration de la période de portabilité.

Article 18 – Déclaration des sinistres

Vous, votre employeur ou vos ayants droit devez déclarer le sinistre à l'Institution dans les six mois à compter de sa survenance à l'adresse ci-dessous :

**KLESIA Prévoyance
TSA 2022
69307 LYON Cedex 07**

En cas de déclaration au-delà de ce délai, l'Institution se réserve le droit d'opposer la déchéance à indemnisation pour déclaration tardive si cela lui a causé un préjudice.

Toute demande doit être accompagnée des justificatifs nécessaires, dont la liste figure au paragraphe « Documents nécessaires au règlement des prestations ».

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Article 19 – Paiement des prestations

L'Institution verse les prestations généralement dans les 15 jours ouvrés et dans un délai maximum d'un mois après la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement bancaire ou par chèque, à votre attention, celle de votre employeur ou celle de vos bénéficiaires.

Les prestations sont versées, le cas échéant, minorées du montant dû au titre de l'impôt.

Ce montant est calculé en fonction du taux personnalisé s'il est connu, ou, à défaut, du taux non personnalisé ; il est reversé à l'administration fiscale.

Si les prestations sont versées directement au bénéficiaire, la retenue à la source est réalisée par l'Institution.

Si les prestations sont versées à l'entreprise, la retenue à la source est effectuée par celle-ci. Dans les deux situations, les prestations sont payées au bénéficiaire net d'impôt.

Article 20 – Plafonnement des prestations

Les prestations incapacité ou invalidité versées par l'Institution en complément de celles de la Sécurité sociale, de celles du contrat de base et, le cas échéant, de celles d'un autre contrat d'assurance, ne peuvent vous procurer un revenu supérieur à la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez continué à exercer votre activité.

De même, si vous reprenez une activité partielle, le cumul de la rémunération et des prestations perçues ne peuvent excéder la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez exercé votre activité à temps complet.

Article 21 – Contrôle médical

Lors d'une demande de prestations ou pendant leur service, l'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de votre état. En conséquence, l'institution peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Vous devez fournir toutes les pièces justificatives et vous prêter à toutes expertises ou examens que le médecin désigné par l'institution jugera utile de vous demander pour apprécier votre état. Vous devez être en mesure de présenter le maximum de pièces en lien avec votre état de santé (certificats médicaux, ordonnances, radiographies, scanners, originaux des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'institution auront le libre accès au cours de votre arrêt de travail ou invalidité, afin de pouvoir constater votre état. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Vous êtes tenu de vous soumettre à ce contrôle médical. A défaut et après mise en demeure, l'institution pourra suspendre les droits aux prestations à l'expiration d'un délai de 30 jours. Il en sera de même en cas d'absence du domicile.

Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision des institutions relative au refus de règlement du sinistre, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de leur médecin désigné, s'impose à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision vous est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

Le cas échéant, vous devez adresser votre contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution sous pli confidentiel par lettre recommandée à l'institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'institution. Dans cette hypothèse, vous pourrez vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce troisième médecin s'imposera à l'institution et à vous-même sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

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

Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation du contrat tant que l'institution verse des prestations.

Article 22 – Exclusions

Exclusions générales

Ne donnent pas lieu à prise en charge, les sinistres qui résultent :

- **Du suicide qui se produit au cours de la première année d'affiliation au présent contrat. Toutefois, le suicide est garanti si du fait de votre affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, vous étiez couvert une année continue d'assurance à la date du suicide ;**

- 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 vous y prenez une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation intervenant sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- Des conséquences de maladie ou d'accident qui sont du fait volontaire de votre part, de mutilations volontaires ;
- De votre participation volontaire et violente à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;
- Directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.

Exclusions spécifiques aux garanties en cas d'accident

Ne donnent pas lieu à majoration pour décès accidentel ou invalidité absolue et définitive accidentelle, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :

- D'un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre ;
- De l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale ;
- De la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel ;
- De la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la fédération sportive concernée ;
- Des risques aériens se rapportant à :
 - Des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids ;
 - Des vols d'essai, vols sur prototype ;
 - Des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel, le vol ou le saut ne sont pas homologués ;
 - Des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.

Article 23 – Déchéance

Le bénéficiaire qui est condamné pour vous avoir volontairement donné la mort est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci continuant à produire leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 24 – Subrogation

L'Institution est subrogée dans vos droits ou ceux de vos ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 25 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée est nulle conformément à l'article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

GARANTIES

Article 26 – Capital décès toutes causes

Objet et montant

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, l'Institution verse un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Le montant du capital est défini en annexe.

Bénéficiaires du capital décès

En l'absence de désignation expresse des bénéficiaires, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- A votre conjoint survivant, non séparé judiciairement ;
- A défaut, à votre partenaire de PACS ;
- A défaut, à votre concubin notoire ;
- À défaut, à vos enfants, nés ou à naître, présents ou représentés, par parts égales entre eux ;
- À défaut, à vos petits-enfants, présents ou représentés, par parts égales entre eux ;
- A défaut, à vos père et mère, par parts égales entre eux ;
- À défaut, à votre succession.

Les bénéficiaires doivent justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès, au moment de votre affiliation ou ultérieurement.

La désignation expresse du bénéficiaire s'effectue par le formulaire délivré à cet effet par l'Institution, accompagné de son mode d'emploi.

Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du ou des bénéficiaires à condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à l'Institution de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

Cas particuliers

Par dérogation et indépendamment de toute autre désignation, la majoration du capital ne profite qu'aux personnes prises en considération pour son calcul. Lorsque les enfants sont mineurs, les majorations du capital correspondantes seront versées au représentant légal.

Dans le cas où les bénéficiaires désignés sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

Si vous décédez au cours d'un même événement que vos bénéficiaires sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé avoir survécu le dernier pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Dans le cas où une cession en garantie a été effectuée au profit d'un organisme prêteur, le capital décès lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

Article 27 – Décès postérieur ou simultané du conjoint

En cas de décès simultané ou postérieur de votre conjoint, il est versé un capital aux enfants restés à la charge du conjoint survivant. Ce capital, dont le montant figure en annexe, est réparti à parts égales entre les enfants à charge.

Le capital est versé sous réserve que les enfants étaient à votre charge lors de votre décès.

La majoration pour décès accidentel n'est pas appliquée.

Article 28 – Invalidité absolue et définitive

Vous êtes considéré comme étant en invalidité absolue et définitive lorsque vous cumulez les conditions suivantes :

- Reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité 3ème catégorie ou incapacité permanente de plus de 100 % au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- Vous êtes définitivement dans l'incapacité de vous livrer à une activité professionnelle ;
- Votre état nécessite l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Dans ce cas, le capital décès, y compris la ou les majoration(s) pour personne à charge, peut vous être versé par anticipation. Ce versement met automatiquement fin à la garantie décès à l'exception de la garantie décès postérieur ou simultané du conjoint.

Article 29 – Décès ou invalidité absolue et définitive par accident

En cas de décès accidentel ou d'invalidité absolue et définitive accidentelle, un capital supplémentaire à celui prévu au titre de la garantie décès toutes causes est versé au(x) bénéficiaire(s). Le montant de la garantie est indiqué dans le tableau des prestations figurant au titre V.

Le capital ne peut être versé que :

- Si le décès survient dans un délai maximum de 12 mois suivant l'accident ;
- Si le contrat est toujours en vigueur, sauf en cas de situation de maintien de la garantie décès ;
- Si les bénéficiaires ont prouvé la relation directe entre le décès et l'accident, ainsi que la nature même d'accident.

Article 30 – Incapacité temporaire de travail

Conditions de la garantie

En cas d'incapacité temporaire de travail, vous percevez, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, des indemnités journalières complémentaires.

Vous êtes considéré en état d'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières par l'Institution, si suite à une maladie ou un accident :

- Vous vous trouvez, temporairement inapte à l'exercice de votre activité professionnelle ;
- Vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale :
 - Soit au titre de l'assurance maladie ;
 - Soit au titre de l'assurance des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- Et vous ne faites l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par votre employeur suite à un contrôle médical diligenté par ce dernier.

L'Institution se réserve le droit de vous demander de produire, pour constater votre état d'incapacité et verser la prestation, un certificat médical établi par votre médecin, ou de vous soumettre à une expertise médicale.

Montant des prestations

Les indemnités journalières sont calculées selon un taux appliqué au traitement de référence défini à l'article 14. Leur montant est indiqué en annexe.

Le montant des prestations est entendu brut de toutes charges sociales et fiscales susceptibles de grever les prestations et est exprimé sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale.

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées sont réduites à due proportion.

Date d'effet des prestations

Le versement des prestations intervient au terme du délai de franchise prévu en annexe. Cette franchise correspond à la durée maximale de versement des indemnités journalières dont vous avez bénéficiées au titre du contrat de base.

Les prestations sont versées si la durée totale de l'incapacité de travail, sans interruption, dépasse la période de franchise.

Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont versées directement à l'Adhérente tant que le contrat de travail est maintenu, à charge pour cette dernière de vous les reverser, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières vous sont versées directement, nettes de charges sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

Cessation du versement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires cessent d'être versées :

- Dès que la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- À la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- Au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- À la date de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- À la date de liquidation de votre pension vieillesse ;
- A la date de rupture de votre contrat de travail en cas de cumul emploi-retraite ;
- À la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou du refus de contrôle ;
- A votre décès.

Rechute

Si vous êtes de nouveau en arrêt de travail dans les deux mois qui suivent la cessation du paiement des indemnités journalières complémentaires, vous n'êtes pas soumis au délai de franchise, à la condition que le nouvel arrêt de travail résulte de la même cause que l'arrêt précédemment indemnisé. Il vous appartient d'en apporter la preuve par certificat médical.

Les indemnités sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du premier arrêt de travail, et les éventuelles revalorisations restent acquises.

Article 31 – Invalidité

En cas d'invalidité ou d'incapacité permanente, l'Institution verse, sous réserve d'un éventuel contrôle médical, une prestation complétant la rente ou la pension servie par la Sécurité sociale.

Invalidité d'origine non professionnelle

Vous avez droit au versement de la rente en cas d'invalidité permanente consécutive à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle, lorsque l'Institution reconnaît que vous remplissez les critères d'attribution fixés à l'article L 341-1 du code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de référence, selon le classement par la Sécurité sociale en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité telles que définies à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale. La rente est exprimée sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale (hors majoration pour recours à une tierce personne) selon les modalités prévues en annexe.

Invalidité d'origine professionnelle

Cette rente est versée en cas d'incapacité permanente suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Le montant est fixé en pourcentage du traitement de base, selon le taux d'incapacité permanente attribué par la Sécurité sociale.

Aucune rente n'est servie lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 33 %.

Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle vous est versée directement, nette de toute contributions sociales et d'impôt sur le revenu, sauf demande expresse de l'Adhérente ou de vous-même lorsque vous restez inscrit dans les effectifs de l'entreprise. Dans ce cas, à charge pour l'Adhérente de vous reverser la rente, nette de contributions sociales et d'impôt sur le revenu.

Cessation du versement des prestations

La rente cesse d'être due :

- Dès que la Sécurité sociale ne verse plus la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité ;
- À la date de la reprise d'une activité professionnelle à temps complet ;
- À la date de l'attribution par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- À la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle ;
- A votre décès.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque votre taux d'incapacité évolue ou que vous changez de catégorie d'invalidité à la suite d'une décision de la Sécurité sociale.

Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de votre situation.

DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS

En complément de la demande de règlement des prestations dûment remplie, les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

DEMANDE DE PRESTATION EN CAS DE	DÉCÈS	IAD	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ
DOCUMENTS JUSTIFICATIFS				
Extrait d'acte de décès	•			
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de référence	•	•	•	•
Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale			•	
Certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)			•	•
Si rechute, certificat médical attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection			•	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•			
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'IAD (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•		
Demande écrite de votre part ou de celle de votre représentant légal		•		
Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente		•		•
Relevé d'identité bancaire	•	•	•	•
Justificatifs des salaires perçus en cas de reprise partielle d'activité ou attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle			•	•
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire	•			
Attestation de l'Adhérente indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs si vous avez plusieurs employeurs)			•	•
Photocopie de votre avis d'imposition sur les revenus (et éventuellement de ceux de votre conjoint)	•	•	•	•
Copie de votre livret de famille	•	•		
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge ⁽¹⁾	•	•		
Certificat de vie ⁽¹⁾	•	•		
Copie de l'ordonnance ou du jugement de tutelle ⁽²⁾	•	•		
Acte de notoriété établissant la dévolution successorale	•			
Attestation du Pacte Civil de Solidarité	•	•		
Justificatifs de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture fournisseur d'énergie, bail commun, attestation d'assurance...)	•	•		
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•	•		

(1) Document à remettre annuellement pour la garantie rente éducation

(2) Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou des personnes à charge

ANNEXE 1 – TABLEAU DES PRESTATIONS

Nature des garanties	Montant des garanties exprimé en % du salaire annuel brut dans la limite de la tranche 1 En complément des prestations versées au titre du contrat de base
CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	
Célibataire, veuf, divorcé	150 %
Marié, pacsé, concubin	200 %
Majoration par personne à charge supplémentaire	25 %
Double effet	100 % du capital décès toutes causes
INVALIDITE PERMANENTE ET DEFINITIVE TOUTES CAUSES	
Célibataire, veuf, divorcé	150 %
Marié, pacsé, concubin	200 %
Majoration par personne à charge supplémentaire	25 %
Assistance d'une tierce personne	40 %
DECES / INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT	
Célibataire, veuf, divorcé	300 %
Marié, pacsé, concubin	400 %
Majoration par personne à charge supplémentaire	50 %
INCAPACITE DE TRAVAIL	
Franchise	En relais des 300 jours continus d'indemnisation prévue au contrat de base
Montant	70 % en maladie ou accident de la vie privée 75 % en maladie professionnelle ou accident du travail
Durée maximale de versement	En relais du contrat de base, dans la limite de 1095 jours d'arrêt de travail
INVALIDITE PERMANENTE	
1 ^{ère} catégorie	6 %
2 ^{ème} catégorie	10 %
3 ^{ème} catégorie	10 %

ANNEXE 2 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<p>- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;</p> <p>- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;</p> <p>- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;</p> <p>- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;</p> <p>- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;</p> <p>- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits ;</p> <p>- la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires des contrats d'assurance</p>	<p><u>Contrats d'assurance santé et prévoyance</u> : -5 ans à compter de la fin du contrat</p> <p><u>Contrats d'assurance vie</u> : -10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non-réclamation du capital décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, • les souscripteurs, les assurés, vous-même et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat, • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne. <p>Concernant l'AGIRA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les gestionnaires du Groupe KLESIA limitativement habilités et disposant de certificats individuels permettant d'accéder à la base de l'AGIRA, • les personnels habilités à intervenir dans la gestion des contrats d'assurance sur la vie.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
	sur la vie par le biais de l'AGIRA		
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
	-la mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels habilités du Groupe KLESIA • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	-la gestion de notre relation commerciale	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle ; • les sous-traitants et les partenaires • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
Intérêt légitime du responsable de traitement	-la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>ou</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude</p> <p>ou</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; • les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; • les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; • les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; • le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; • le personnel habilité des sous-traitants. • les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement			complémentaires à celles des régimes sociaux ; <ul style="list-style-type: none"> • les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; • les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisi d'un litige ; • les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
	-la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits	<p><u>Pour les clients :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle • les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
Consentement	-la prospection commerciale	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>- <u>Pour les clients :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>- <u>Pour les prospects :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités des Groupes KLESIA - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

KLESIA Pro vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Nos solutions sont réalisées avec les représentants de votre secteur d'activité, et ce, sans but lucratif. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement adapté à votre situation, pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

KLESIA Pro s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.



Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel **klesia.fr**

Et rejoignez-nous sur

