

NOTICE D'INFORMATION

PRÉVOYANCE

Base RPO

Personnel Cadre et Assimilé cadre
des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale
étendue de la Pharmacie d'officine
(IDCC1996)

Version en vigueur : 1^{er} juin 2022
référéncée PHCP

IMPORTANT

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

En qualité de salarié de la Société

Je soussigné(e)

reconnais avoir reçu la notice d'information des garanties prévoyance, dans le cadre de la convention d'assurance collective et obligatoire (référéncée PHCP) du personnel cadre et assimilé des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine.

À

Le.....

Signature

Sommaire

Introduction	6
Définitions préalables	7
Généralités	8
Base légale	8
Autorité de contrôle de l'Institution	8
Communication par voie électronique	8
Réclamation et médiation	8
Protection de vos données personnelles.....	9
Subrogation	11
Prescription.....	11
Votre affiliation.....	12
Date d'effet de votre affiliation	12
Suspension de votre contrat de travail	12
Cessation de votre affiliation	12
Maintien des garanties.....	13
Vos prestations.....	16
Risques garantis	16
Modification des garanties et des taux de cotisations	16
Traitement de base	16
Revalorisation	17
Situation familiale.....	17
Païement des prestations	17
Plafonnement des prestations	18
Contrôle médical	18
Déchéance.....	19
Exclusions.....	19
Garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie	20
Décès.....	20
Perte totale et irréversible d'autonomie	21
Décès accidentel	21
Rente éducation.....	21
Décès du conjoint survivant.....	22
Frais d'obsèques	22
Prédécès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge du Participant	22
Risque arrêt de travail	23
Garantie Incapacité temporaire de travail.....	23
Garanties Maternité, Paternité, Adoption et Deuil d'un enfant	24
Garantie invalidité	24
Rente éducation en cas d'Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie.....	25
Documents nécessaires au règlement des prestations	26
Annexe - Taux de cotisations	28
Annexe - Tableau des garanties.....	29
Annexe - Protection de vos données personnelles	31

Introduction

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription du contrat par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance.

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 la seule couverture souscrite 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.

Définitions préalables

Bénéficiaire

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

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 Entreprise 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 du versement 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 d'un régime obligatoire français de la Sécurité sociale.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée.

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Rémunération brute

Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L.242-1 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.

Risque

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Participant ou du bénéficiaire.

Sinistre

Réalisation du risque mettant en jeu au moins une des garanties du contrat.

Tranches soumises à cotisations sociales

Ces tranches sont déterminées comme suit :

- Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du PASS.
- Tranche B : Fraction de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le montant du PASS.

Généralités

Base légale

KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, assure des garanties Prévoyance réservées au personnel cadre et assimilé cadre des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la pharmacie d'officine.

Les présentes garanties sont conformes aux dispositions de l'Annexe IV.2 de la Convention collective susvisée modifiée dernièrement par l'avenant signé par les Partenaires sociaux en date du 7 juin 2022 y compris en ce qui concerne le haut degré de solidarité.

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française.

Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Autorité de contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

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 et/ou le délégataire de gestion 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 par vous-même 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.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution des présentes garanties, vous devez adresser votre demande prioritairement à l'Institution :

par courrier :

KLESIA Prévoyance
Service Réclamation
TSA 20202
69307 Lyon Cedex 07

par téléphone au 01 71 39 16 00

(du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures)

par courriel via le site : www.klesia.fr

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 le délai d'un an à compter de la réclamation :

Par internet : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la Protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
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.

Protection de vos 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. À 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 : KLESIA - SERVICE INFO CNILCS 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 <http://cnil.fr>

Subrogation

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

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à cinq ans concernant l'incapacité de travail et à dix ans concernant le décès. Toutefois, la prescription est de trente ans à compter du décès pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de cette qualité par l'Institution.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de votre employeur, vous-même, vos bénéficiaires ou vos ayants droit 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 votre employeur, vous-même, les bénéficiaires ou vos ayants droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée soit à votre employeur par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par vous-même en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Votre affiliation

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.

Suspension de votre contrat de travail

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur (notamment congés payés, arrêts de travail pour maladie ou accident, arrêts de travail pour maternité, paternité ou adoption, activité partielle...), l'ensemble de vos garanties est maintenu.

Par indemnisation de l'employeur, il convient d'entendre les situations dans lesquelles le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire par son employeur ou bien de tout revenu de remplacement (indemnité d'activité partielle, indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité...) financé au moins pour partie par l'employeur ou versé directement par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Lorsque la suspension de votre contrat de travail ne donne lieu à aucun maintien de salaire, aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par votre employeur (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde...) ou aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale, les garanties sont suspendues de plein droit. La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Toutefois, en cas de congé sans solde, pris en une ou plusieurs fois, d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables par année civile, vous pouvez bénéficier du maintien de l'ensemble des garanties.

Cessation de votre affiliation

Sous réserve des cas de maintien de garanties prévus au paragraphe « Maintien des garanties », votre affiliation à l'Institution cesse de plein droit dans les cas suivants :

- à la résiliation du contrat d'assurance ;
- à la rupture de votre contrat de travail ;
- en cas de cessation d'activité ou disparition de votre entreprise ;
- lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie assurée à la suite d'un changement de catégorie professionnelle ;
- en cas de liquidation de votre pension de retraite, sauf situation de cumul emploi-retraite dans votre entreprise ;
- à la date de votre décès.

À défaut de paiement des cotisations par votre employeur, les garanties peuvent être suspendues puis résiliées dans les conditions prévues à l'article L932-9 du Code de la Sécurité sociale, sous un délai de 50 jours suivant l'échéance de paiement.

Maintien des garanties

En cas d'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, vous continuez à bénéficier de l'ensemble des garanties.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque vous ne percevez plus de la Sécurité sociale de prestations "en espèces" au titre de l'Incapacité de travail, de l'Invalidité ou de la Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant ayant entraîné le maintien de garantie,
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale,
- à la reprise totale d'activité,
- en cas de résiliation de l'adhésion du contrat d'assurance, sous réserve des dispositions particulières indiquées ci-après.

En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise 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 votre employeur 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, et en tout état de cause, dans la limite de 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 chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Le traitement de base servant au calcul des prestations des sinistres survenus pendant la période de portabilité des garanties prévoyance est égal au total des rémunérations brutes perçues par le Participant au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de cessation d'activité, à l'exclusion des sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat (indemnités de licenciement, indemnités de fin de contrat, etc.) limité aux tranches soumises à cotisation (TA TB) et reconstitués le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Les sommes versées au titre des garanties Incapacité, Invalidité et Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant 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.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail, la franchise et le niveau des prestations allouées seront déterminés en considérant les droits comme si vous aviez été en activité à la date de l'arrêt.

Le dispositif de portabilité s'applique également aux anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Financement

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

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer cette attestation à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- 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 d'assurance ;
- à la date de votre décès.

Maintien gratuit de la garantie Décès en cas de licenciement

Si vous êtes licencié, ou bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle et que vous percevez l'allocation spécifique correspondante, ou démissionnaire (dont la démission a été reconnue comme légitime par Pôle Emploi), vous bénéficiez gratuitement de la couverture de l'assurance Décès, pendant un délai maximum de 6 mois à compter de la date de rupture de votre contrat de travail (préavis effectué ou non) à condition :

- que vous ayez cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de votre dernier contrat de travail, et ceci, de façon continue, dans une ou plusieurs entreprises ;
- que vous soyez inscrit à Pôle Emploi et que vous percevez une indemnisation par Pôle Emploi, et ce quelle que soit la durée de cette indemnisation.

Ce maintien s'applique également si vous êtes en arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident lors de votre licenciement et si vous vous retrouvez en chômage à l'issue de votre incapacité et avant la fin de la période de 6 mois susvisée. En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, le capital Décès est toujours celui prévu en cas de décès par maladie.

Une attestation de votre inscription à Pôle Emploi doit être fournie à l'appui de toute demande.

Le maintien des garanties lié aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale défini précédemment s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie Décès auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre des présentes garanties de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

En cas de résiliation du contrat de votre entreprise

Maintien des prestations en cours de service

En application de l'article 7 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat d'assurance de votre entreprise 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, sans préjudice des révisions prévues au contrat.

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 bénéficiiez pas d'un contrat de prévoyance antérieur. Le montant de la prestation sera égal au montant prévu à la date de la résiliation. Aucune revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation n'est effectuée par l'Institution ultérieurement, sauf en l'absence d'assureur reprenneur. Il appartient à l'Entreprise, conformément aux dispositions de la Loi du 8 août 1994, de s'assurer de la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service à la date de résiliation ainsi que de la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque Décès, ces dernières étant au moins égales à celles déterminées par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Maintien de la garantie décès

En application de l'article 7-1 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie décès est maintenue lorsque vous êtes indemnisé au titre de l'incapacité ou de l'invalidité à la date de résiliation du contrat de votre entreprise.

Ce maintien des garanties cesse :

- en cas de reprise totale d'activité ;
- en cas de cessation des versements par la Sécurité sociale ;
- en cas de liquidation de votre pension vieillesse par la Sécurité sociale.

Vos prestations

Risques garantis

L'Institution couvre les garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexé à la présente notice.

Sont couverts par le contrat :

- le risque Décès
 - Décès,
 - Perte totale et irréversible d'autonomie,
 - Décès accidentel,
 - Rente éducation,
 - Décès du conjoint survivant,
 - Prédéces du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge du Participant,
 - Frais d'obsèques ;
- le risque Incapacité de travail ;
- le risque Invalidité ;
- le risque Maternité-Paternité-Adoption-Deuil d'un enfant.

Modification des garanties et des taux de cotisations

Les garanties et les taux de cotisations définis au contrat sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa date d'effet. L'Institution peut les modifier en cas d'évolution législative ou réglementaire ou en fonction de l'équilibre technique du contrat.

Incidences des modifications de garanties pour les Participants en arrêt de travail

En cas de modification des conditions de prestations des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, les Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date de l'arrêt de travail.

En cas de modification des conditions de prestations des garanties décès, les dispositions suivantes s'appliquent aux Participants en incapacité temporaire de travail ou en invalidité à la date de la modification :

- s'ils figurent toujours aux effectifs de l'entreprise ou sont affiliés au contrat au titre de la portabilité, alors ils sont couverts selon les nouvelles conditions,
- à défaut, ils restent couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs ou à la date d'expiration de la période de maintien des garanties susvisées.

Traitement de base

Le traitement annuel de base (limité à TA et TB) servant au calcul des prestations de prévoyance est égal à la rémunération brute perçue par le Participant au cours des 12 derniers mois civils, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...) précédant le mois du décès ou le 1^{er} jour d'arrêt de travail, reconstitué le cas échéant si le salaire a été réduit ou supprimé pendant la période de référence.

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence dans l'Entreprise Adhérente, le traitement de base est reconstitué sur une base annuelle à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

Les salaires considérés pour la détermination du traitement annuel de base sont ceux déclarés par l'Adhérente à l'Institution. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.

Revalorisation

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisables annuellement, ainsi que le traitement de base servant au calcul des garanties « Décès » maintenues pour les personnes en arrêt de travail.

Le taux de revalorisation est déterminé par décision du Conseil d'Administration de KLESIA Prévoyance.

Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnités journalières, rentes d'invalidité et rentes éducation, ainsi que le traitement de base, sont revalorisés.

La première revalorisation s'applique, au plus tôt, six mois jour pour jour après l'arrêt de travail du Participant.

En cas de décès du Participant mettant en œuvre la garantie temporaire relative au décès du conjoint survivant, le traitement de base servant au calcul du capital garanti est revalorisable dans les mêmes conditions, la première revalorisation s'appliquant au plus tôt, six mois après la date du décès du Participant.

Revalorisation des prestations non réglées dite revalorisation post-mortem (Loi n° 2014 - 617 du 13 juin 2014 et Décret n° 2015 – 1092 du 28 août 2015)

À compter de la date du décès du Participant jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la prestation, la prestation mentionnée au contrat qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R.132-3-1 du Code des assurances (Article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale).

Situation familiale

Pour déterminer le montant de vos prestations, l'Institution prend en considération votre situation familiale dûment justifiée. Celle-ci s'apprécie au jour du sinistre et prend en compte les personnes mentionnées au présent article.

Votre conjoint

Par conjoint, on entend la personne mariée ou liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Vos enfants à charge

Sont considérés comme à votre charge les enfants :

- de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale,
- de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, sous réserve de justifier de la poursuite d'études,
- de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré,
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

La situation de famille prise en considération par l'Institution est obligatoirement celle, dûment justifiée, du Participant à la date du sinistre, en dehors de la naissance intervenue dans le délai de 300 jours.

Autres personnes à charge

Sont considérés comme ascendants à charge vos ascendants directs ou ceux de votre conjoint, bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant à votre foyer.

Païement des prestations

L'Institution vous 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, en application du prélèvement à la source sur les revenus, les prestations de prévoyance complémentaire entrant dans le champ de la retenue à la source 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'assureur. 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.

Plafonnement des prestations

Le total des sommes perçues par l'assuré, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du Code de la Sécurité sociale et des présentes garanties), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut en aucun cas excéder 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation garantie. Le traitement de référence s'entend après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu.

Quand l'arrêt de travail intervient pendant une période de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'employeur, le total des sommes perçues par l'assuré ne peut excéder le montant net du revenu de remplacement versé au titre de la suspension du contrat de travail. Si l'arrêt de travail se poursuit au-delà de la période de suspension du contrat de travail, la limitation s'effectue, au terme de ladite suspension, selon les règles fixées aux alinéas précédents.

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 de vos prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Vous êtes tenu de fournir à l'Institution toutes pièces justificatives et de vous prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution juge 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, radiographie, scanner, originaux des décomptes des prestations espèces émanant de la Sécurité sociale, attestations de salaire employeur...). À tout moment, les médecins mandatés par l'Institution pourront 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 sous peine de suspension de vos droits à prestations, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Il en sera de même en cas d'absence de votre domicile, de refus ou d'opposition au contrôle.

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 de l'Institution relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose sans possibilité de vous prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de votre arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

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

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée 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 avez la possibilité de 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. À 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 aux deux parties sans possibilité de 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 pourra continuer à être exercé, même après résiliation de l'adhésion de votre entreprise tant que l'Institution continuera à verser des prestations.

En tout état de cause, vous êtes tenu d'informer l'Institution, pendant toute la période de perception de la prestation, de tout changement dans votre situation susceptible de remettre en cause votre incapacité ou invalidité.

Déchéance

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

Exclusions

Risque Décès et annexes (y compris Rente éducation)

Le risque Décès est couvert quelle que soit la cause, maladie ou accident, et le lieu où il se produit, sous réserve des dispositions relatives au risque atomique.

Ne donnent pas lieu aux garanties, 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 son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat de prévoyance à adhésion obligatoire, le Participant réunit une année continue d'assurance à la date du suicide,
- directement ou indirectement du risque atomique ou de radiations ionisantes.

En cas de guerre, la couverture ne pourra être accordée que dans les conditions déterminées par la législation française sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Les présentes dispositions s'appliquent également aux garanties, Décès du conjoint survivant, Prédéces du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge et Frais d'obsèques.

La majoration prévue en cas de Décès accidentel n'est pas réglée dans les cas d'exclusions définis ci-dessous pour les risques PTIA et Arrêt de travail.

Risques Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) – Arrêt de travail

Les garanties ci-dessus ne sont pas couvertes si la réalisation du risque résulte :

- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du Participant ;
- des risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé,
 - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil "Ultra Léger Motorisé" (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le Participant a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- du fait du Participant s'il était conducteur sous l'emprise de boissons alcoolisées à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal précisé par le Code de la route ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie

Décès

Objet de la garantie

Lors de votre décès et quelle qu'en soit la cause, sauf les événements exclus tels que prévus ci-dessus, l'Institution verse un capital aux bénéficiaires définis au paragraphe « Bénéficiaires ».

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez sauf les garanties Rente éducation et Décès du conjoint survivant.

Montant du capital

Le montant du capital, défini en pourcentage de votre traitement de base, est indiqué dans le récapitulatif des garanties en annexe. Le montant de ce capital dépend de votre situation familiale.

Versement du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires ».

Les éventuelles majorations du capital résultant de votre situation familiale sont versées aux personnes en considération desquelles elles sont prévues, ou à leur représentant légal notamment pour les enfants de moins de 18 ans.

Bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès au moment de votre affiliation ou pendant toute la durée de celle-ci.

Cette désignation expresse peut s'effectuer sur le formulaire spécifique de l'Institution intitulé « Bulletin de Désignation du Bénéficiaire de l'Assurance Décès », accompagné de son mode d'emploi. La désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique mentionnant de façon expresse l'attribution du capital décès, à la condition que cette désignation soit notifiée à l'Institution.

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

Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation écrite du bénéficiaire désigné, expressément notifiée à l'Institution, faute de quoi elle ne lui sera pas opposable.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) décède(nt) avant vous ou en l'absence de désignation, le capital sera attribué dans l'ordre suivant :

- à votre conjoint tel que défini au paragraphe ci-dessus intitulé « Situation familiale » ;
 - à défaut, à vos enfants, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendants ;
 - à défaut, à vos ascendants, par parts égales entre eux ou à leurs survivants d'entre eux ;
 - à défaut, à vos héritiers, par parts égales entre eux, y compris à ceux qui ont renoncé à la succession.
- Les bénéficiaires doivent, en tout état de cause, justifier de leur qualité de bénéficiaire au jour du décès.

Cas particuliers

Si vous décédez avec les bénéficiaires désignés au cours d'un même événement 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, déduction faite des éventuelles majorations pour personne à charge lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

Perte totale et irréversible d'autonomie

La garantie a pour objet le paiement anticipé du capital Décès lorsque vous êtes en état de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Vous êtes considéré comme étant en perte totale et irréversible d'autonomie dès lors que vous prouvez que vous êtes de façon irréversible dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie soit au moins deux des quatre opérations suivantes : se laver, s'habiller, s'alimenter ou se déplacer, C'est notamment le cas :

- si vous êtes classé par la Sécurité sociale dans la 3^e catégorie des invalides (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) ;
- ou, en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, si vous êtes atteint d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, reconnue par la Sécurité sociale.

Le montant du capital Perte totale et irréversible d'autonomie est identique à celui versé en cas de décès indiqué dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Le capital vous est versé en une seule fois ou à votre tuteur légal désigné.

Le paiement du capital Perte totale et irréversible d'autonomie entraîne la cessation immédiate de la garantie Décès, à l'exception des garanties Rente éducation et Décès du conjoint survivant.

En particulier, votre décès n'entraîne pas le paiement d'un nouveau capital.

Décès accidentel

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire si vous décédez de manière accidentelle. Le montant de ce capital est défini dans le récapitulatif des garanties en annexe.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Participant, ou du bénéficiaire du capital garanti, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardio-vasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.)

Le capital est dû si le décès intervient dans les six mois suivant l'accident, qu'il provient exclusivement de celui-ci et que le contrat est toujours en vigueur ou, le cas échéant, que vous bénéficiez d'un maintien de la garantie décès.

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Institution.

Le capital est réglé selon les dispositions des paragraphes « bénéficiaires » et « versement du capital » de la garantie décès.

Rente éducation

En cas de décès du Participant ouvrant droit au versement du capital Décès, une rente temporaire est versée au bénéfice de chacun des enfants âgés de moins de 28 ans qui étaient à sa charge au moment de son décès. Pour chaque enfant, la rente est servie tant qu'il remplit l'une des conditions énoncées au paragraphe ci-après. Elle cesse d'être due dès la fin de l'exercice scolaire ou, au plus tard, dès la fin de l'exercice civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir l'une de ces conditions et, en tout état de cause, à son 28^e anniversaire.

La rente prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date du décès.

Elle est payable par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

Son montant est déterminé prorata temporis en cas d'année scolaire incomplète.

Les annuités sont attribuées :

- à la personne qui assume la charge de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans,
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le montant est revalorisable dans les conditions déterminées au paragraphe, ci-dessus, intitulé «Revalorisation».

Le montant de cette rente temporaire est défini dans le récapitulatif des garanties en annexe.

Décès du conjoint survivant

Lorsque le Participant décède en laissant à la charge de son conjoint un ou plusieurs enfants, un capital est garanti sur la tête du conjoint auquel est adressé un certificat d'assurance.

Cette assurance temporaire conserve ses effets tant que l'un quelconque des enfants, qui était à charge du Participant décédé, demeure à charge du conjoint.

Si le conjoint décède pendant la durée de l'assurance temporaire, le capital est versé au bénéfice des enfants ci-dessus définis qui étaient à la charge du conjoint à la date de son décès, par égales parts entre eux. Seuls ces enfants ouvrent droit à majoration du capital lorsque son calcul en tient compte.

En cas de décès du Participant et de son conjoint survenant au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le conjoint est présumé avoir survécu pour l'application de la présente garantie.

Le traitement de base pris en considération pour le calcul de ce capital est celui déterminé à la date du décès du Participant, revalorisé, le cas échéant, dans les conditions déterminées au paragraphe ci-dessus intitulé « Revalorisation ».

Frais d'obsèques

Votre décès, celui de votre conjoint ou de la personne à laquelle vous êtes liée par un PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, ouvre droit au versement d'une allocation forfaitaire.

Le montant de cette allocation est indiqué au récapitulatif des garanties en annexe. Elle est versée dans tous les cas, dans la limite des frais réellement exposés à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

Prédéces du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge du Participant

En cas de décès de votre conjoint ou de la personne à laquelle vous êtes lié par un PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, un capital vous est versé.

Le montant de ce capital est indiqué dans le récapitulatif des garanties en annexe.

En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le montant de l'indemnité versée est en tout état de cause, limité aux frais réellement exposés.

Risque arrêt de travail

Garantie Incapacité temporaire de travail

Définition

La garantie a pour objet le paiement d'indemnités journalières en cas d'arrêt total temporaire de travail du Participant par suite de maladie ou d'accident et qui bénéficie des prestations en espèces prévues soit à l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), soit à l'article L.433-1 du Code de la Sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail).

La cure thermale acceptée par la Sécurité sociale, même sans versement des indemnités journalières par cette dernière, donne droit au paiement des indemnités prévues par la présente garantie en cas d'arrêt de travail, sous réserve des mêmes conditions de franchise.

Montant de la garantie

Les indemnités journalières sont calculées selon un pourcentage appliqué à votre traitement de base, défini au récapitulatif des garanties en annexe.

Si vous reprenez le travail à temps partiel, et à condition que la Sécurité sociale maintienne le paiement de ses prestations en espèces, les indemnités journalières versées par l'Institution sont réduites à due proportion. Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base de prestations. En tout état de cause, le montant des prestations est soumis au plafonnement prévu au paragraphe «Plafonnement des prestations».

Les indemnités journalières sont revalorisées conformément aux dispositions du paragraphe «Revalorisation».

Franchise

Les indemnités journalières sont versées à l'expiration d'un délai de franchise indiqué au récapitulatif des garanties en annexe.

La franchise court pendant la période continue ou discontinue d'arrêt total de travail et débute au premier jour de cette période.

En cas d'arrêt de travail continu se chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année sera décomptée à partir du premier jour d'arrêt.

En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'appréciation de l'ouverture du droit à indemnité journalière.

Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du :

- 1^{er} jour d'arrêt de travail pour la même cause, si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est inférieure à deux mois,
- 4^e jour si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est égale ou supérieure à deux mois.

Versement des prestations

Les indemnités journalières sont réglées à votre employeur, tant que votre contrat de travail y compris pendant votre arrêt de travail n'est pas rompu, à charge pour lui de vous les reverser, nettes de charges sociales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu. Après cessation de votre contrat de travail, elles vous sont versées directement, nettes de contributions sociales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Durée du paiement

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 ou à temps partiel sans maintien de l'indemnité journalière par la Sécurité sociale,
- au 1096^e 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 la pension vieillesse,
- à la date de fin du 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,
- en cas de décès du Participant.

Garanties Maternité, Paternité, Adoption et Deuil d'un enfant

Définition

En cas de maternité ou de paternité d'un Participant, il lui est versé, dès le premier jour d'arrêt de travail, des indemnités complémentaires à celles de la Sécurité sociale pendant la période du congé légal de maternité ou de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également au congé d'adoption, au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance dans une ou plusieurs unités de soins spécialisés ainsi qu'au congé attribué en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de 25 ans qui était à la charge effective et permanente du salarié, sous réserve que la Sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

Montant

Le montant des indemnités journalières est indiqué au récapitulatif des garanties en annexe.

Le cumul de ces indemnités avec les prestations servies par la Sécurité sociale, après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne pouvant excéder une somme égale à TA nette de cotisations sociales.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par 365 le traitement annuel de base de prestations.

Durée

Les prestations sont servies pendant la durée du congé légal considéré et pour toute la durée d'attribution des prestations par la Sécurité sociale.

Modalités de versement des prestations

Les indemnités journalières sont réglées à l'Entreprise Adhérente tant que le contrat de travail du Participant n'est pas rompu, à charge pour elle de les reverser, nettes de cotisations salariales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, nettes d'impôt sur le revenu.

Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au Participant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu.

Garantie invalidité

Définition

La garantie a pour objet le versement d'une rente au Participant qui a été classé dans la 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité prévue par l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, où dont l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisée au titre du Livre IV du Code de la Sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 40 % correspondant à une rente servie par la Sécurité sociale égale à 20 %.

Montant

Le montant de la rente d'invalidité est indiqué au récapitulatif des garanties en annexe. Il est exprimé en pourcentage du traitement de base et varie en fonction du degré d'invalidité sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne pour la 3^e catégorie) versée par la Sécurité sociale.

Dans le cas où le Participant est classé dans le 1^{er} groupe des invalides, la rente versée est celle qui est retenue pour les assurés en 2^e et 3^e catégories, cependant son montant est réduit d'un quart.

En cas d'invalidité résultant d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle, dans le cadre de l'Entreprise Adhérente, si le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est :

- supérieur ou égal à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2^e ou 3^e catégorie ;
- supérieur ou égal à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 1^{ère} catégorie ;
- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée.

Franchise

Une franchise est appliquée dans les conditions stipulées au récapitulatif des garanties en annexe lorsque l'invalidité ne fait pas suite à un état d'Incapacité de travail indemnisé au titre des présentes garanties.

Durée du paiement

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale et au plus tôt à l'expiration du délai de franchise prévu à la garantie Incapacité de travail, pendant toute la durée de l'invalidité du Participant.

Elle 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'incapacité au travail ;
- à la suite d'un contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié ou d'un refus de contrôle.

La rente peut être révisée ou supprimée lorsque le Participant voit son taux d'incapacité évoluer ou change de catégorie d'invalidité suite à une décision de la Sécurité sociale. Cette révision ou suppression prend effet à compter de la date du changement de situation du Participant.

Modalités de versement des prestations

La rente est payée mensuellement à terme échu. Elle est versée directement au Participant, nette de toutes contributions sociales et, depuis le 1^{er} janvier 2019, d'impôt sur le revenu, sauf demande expresse de l'Adhérente ou du Participant lorsque ce dernier reste inscrit dans les effectifs de l'entreprise.

Les prestations sont revalorisées conformément aux dispositions du paragraphe « Revalorisation ».

Rente éducation en cas d'Invalidité 2^e ou 3^e catégorie

Une Rente éducation est accordée aux enfants à charge, tels que définis ci-dessus, d'un cadre ou d'un assimilé cadre classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 2^e ou de 3^e catégorie ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité d'un taux supérieur ou égal à 50 % du salaire reconstitué retenu par la Sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La Rente éducation prend effet le premier jour du mois civil suivant celui de la notification de la Sécurité sociale. Elle est payable par annuité au cours du premier trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

Elle cesse dès que le cadre ou l'assimilé cadre ne peut plus prétendre au versement de la rente d'invalidité des présentes garanties, ou s'il décède, dès que les bénéficiaires peuvent prétendre au service de la Rente éducation en cas de décès du Participant.

Le montant annuel de la rente est indiqué au récapitulatif des garanties en annexe.

Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-après.

Toutefois, l'Institution peut vous demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

<div> Demande de prise en charge au titre de la garantie: </div> Documents à fournir	Décès	PTIA	Incapacité temporaire	Incapacité permanente	Maternité Paternité Adoption Deuil d' un enfant
Demande de règlement de capital	•	•			
Demande de prise en charge accessible depuis votre espace client via klesia.fr à compléter en ligne par l'Adhérente			•	•	•
Extrait d'acte de décès	•				
Copie des bulletins de salaire correspondant au traitement de base	•	•	•	•	•
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)	•				
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)	•				
Facture acquittée de frais d'obsèques	•				
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la PTIA (à retourner sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil)		•			
Demande écrite du Participant ou de son 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	•				
Documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du Participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures	•				
Attestation de l'Adhérente indiquant les salaires bruts et nets (ou de tous les employeurs pour le Participant ayant des employeurs multiples)			•	•	•
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant (et éventuellement de ceux du conjoint)	•	•	•	•	•
Décomptes de paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale				•	
Attestation récapitulative des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité				•	

Documents à fournir	Demande de prise en charge au titre de la garantie:				
	Décès	PTIA	Incapacité temporaire	Invalidité	Maternité Paternité Adoption Deuil d' un enfant
Copie du livret de famille du Participant	•	•			
Certificat de scolarité et/ou pièces justifiant la qualité d'enfant à charge	•	•			
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	•	•			
Attestation sur l'honneur du conjoint survivant précisant qu'aucun jugement de séparation ou de non-conciliation judiciaire n'a été prononcé	•				
Procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident	•				

1. Document à remettre annuellement pour les rentes

2. Document à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou des personnes à charge du Participant.

Annexe - Taux de cotisations

La cotisation se répartit comme suit :

Régime Professionnel Obligatoire (RPO)	
GARANTIES	Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité, Paternité, Adoption et Deuil d'un enfant
TRAITEMENT DE BASE	Limité aux tranches TA TB
Employeur	1,41 %
Salarié	-
TOTAL	1,41 %

Annexe - Tableau des garanties

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE (RPO)

GARANTIES	NIVEAU DE PRESTATIONS (en pourcentage du traitement de base limité à TA et TB)
DÉCÈS	
DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE En cas de décès du Participant, versement d'un capital en fonction de la charge de famille. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, le capital lui est versé par anticipation.	
Célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge	200 % TA et TB
Marié ou pacsé, sans personne à charge	250 % TA et TB
Célibataire, veuf, divorcé, marié ou pacsé, avec une personne à charge	250 % TA et TB
DÉCÈS ACCIDENTEL (CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE AU CAPITAL DÉCÈS INDIQUE CI-DESSUS). Si le décès n'est pas immédiat, le capital n'est dû qu'à la condition que le décès intervienne dans les 6 mois suivant l'accident et provienne exclusivement de celui-ci.	
Célibataire, veuf ou divorcé, sans enfant à charge	100 % TA
Marié ou pacsé sans personne à charge	150 % TA
Célibataire, veuf, divorcé, marié ou pacsé, avec une personne à charge	150 % TA
RENTE D'ÉDUCATION EN CAS DE DÉCÈS	
Versement d'une rente temporaire annuelle à chacun des enfants qui était à la charge du Participant lors de son décès. Enfants à charge âgés de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année.	5 % TA et TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès
Si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé	La rente est doublée
Si l'enfant est handicapé	La rente est viagère
CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT SURVIVANT	
Conjoint ou partenaire lié par un PACS ayant un enfant à charge	137,50 % TA et TB
Majoration par enfant à charge supplémentaire	27,50 % TA et TB
INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT, D'UN ENFANT OU D'UN ASCENDANT À CHARGE	
Conjoint ou partenaire lié par un PACS	20 % TA et TB + 10 % TA et TB par personne à charge
Enfant à charge ou ascendant à charge	20 % TA et TB
FRAIS D'OBSÈQUES En cas de décès du Participant, de son conjoint ou de son partenaire de pacs, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge	750 €

GARANTIES

NIVEAU DE PRESTATIONS (en pourcentage du traitement de base limité à TA et TB)

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'application de l'ouverture des droits à indemnités journalières. Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des prestations à compter du :

- 1^{er} jour d'arrêt de travail pour la même cause si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail est inférieure à 2 mois.
- 4^e jour si la période de travail qui a fait suite après reprise, au précédent arrêt de travail est égale ou supérieure à 2 mois.

En cas d'arrêt de travail continu se chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année sera décomptée à partir du premier jour d'arrêt.

Pour le personnel Cadre et Assimilé cadre, ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

- à partir du 4^e jour inclus d'arrêt
- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, en cas de décès de son enfant âgé de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont l'assuré avait la charge effective et permanente, les prestations sont versées pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail, sous réserve que cet arrêt intervienne dans un délai de treize semaines à compter du décès et que la Sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des indemnités journalières correspondantes, conformément aux dispositions de l'article L. 323-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

40 % TA et 90 % TB

Pour le personnel Assimilé cadre, ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

- à partir du 31^e jour inclus d'arrêt

40 % TA et 90 % TB

Pour le personnel Cadre, ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

- à partir du 61^e jour inclus d'arrêt

40 % TA et 90 % TB

En cas d'incapacité de travail résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle admis par la jurisprudence en matière d'accident de travail, les prestations sont versées dans les mêmes conditions que ci-dessus.

90 % de TA et TB
sous déduction des indemnités versées par la
Sécurité sociale

RENTE D'INVALIDITÉ

En 2^e ou 3^e catégorie

90 % de TA et TB
Sous déduction des indemnités de la Sécurité
sociale (hors majoration pour tierce personne)

En 1^{ère} catégorie

La rente versée ci-dessus
est réduite de 25 %

RENTE ÉDUCATION EN CAS D'INVALIDITÉ (MONTANT ANNUEL)

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie ou en cas de rente incapacité correspondant à un taux de rente égal ou supérieur à 50 % du salaire retenu par la Sécurité sociale en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle :

- Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année
- Enfants à charge âgés de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année
- Enfants à charge âgés de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année s'ils poursuivent des études supérieures

243 €

405 €

608 €

MATERNITÉ - PATERNITÉ – ADOPTION – DEUIL D'UN ENFANT

Les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et pendant toute la durée du congé légal considéré.

100 % du salaire brut de référence.
Le cumul de ces indemnités avec les prestations
servies par la Sécurité sociale, après précompte
des cotisations sociales dues mais avant impôt
sur le revenu, ne peut excéder une somme égale
à TA nette de cotisations sociales

TA : Fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.

TB : Fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Annexe - Protection de vos données personnelles

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>5 ans à compter de la fin du contrat OU Contrat d'assurance vie 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, les adhérents 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
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> 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
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale 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 	<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
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription	<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 complémentaires à celles des régimes sociaux les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude les auxiliaires de justice et officiers ministériels l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis 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

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
			<ul style="list-style-type: none"> • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants • 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
	<ul style="list-style-type: none"> • la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<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 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	<ul style="list-style-type: none"> • la prospection commerciale 	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects : 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 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

