

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DE LA PLASTURGIE

CONTRAT
PRÉVOYANCE
ENTREPRISES

ÉDITION 2025



Salariés cadres

CONDITIONS GÉNÉRALES

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4	CHAPITRE VII – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE	12
I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5	Article 24 – Objet de la garantie	12
CHAPITRE I – ARTICULATION DU CONTRAT	5	Article 25 – Point de départ de l’indemnisation	12
Article 1 – Objet du contrat	5	Article 26 – Montant des prestations garanties	13
Article 2 – Intervenants au contrat	5	Article 27 – Terme de l’indemnisation	13
CHAPITRE II : MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT	5	Article 28 – Franchise en cas de rechute	13
Article 3 – Prise d’effet, durée et renouvellement du contrat	5	Article 29 – Conditions de règlement des prestations	13
Article 4 – Conditions de souscription	5	CHAPITRE VIII – NVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (I.P.P.)	13
Article 5 – Obligations de l’organisme assureur	5	Article 30 – Objet de la garantie	13
Article 6 – Obligations du souscripteur	6	Article 31 – Montant de la prestation invalidité	14
Article 7 – Révision du contrat	6	Article 32 – Montant de la rente incapacité permanente professionnelle	14
Article 8 – Résiliation	7	Article 33 – Point de départ du service des rentes	14
CHAPITRE III – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	7	Article 34 – Cessation du paiement des rentes	14
Article 9 – Engagements de l’organisme assureur	7	Article 35 – Conditions de règlement des prestations	14
Article 10 – Financement de la prise en charge des sinistres en cours	8	CHAPITRE IX – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	14
CHAPITRE IV – LES ASSURÉS	8	Article 36 – Principe indemnitaire	14
Article 11 – Salariés assurés	8	Article 37 – Terme des garanties	15
Article 12 – Modalités et prise d’effet de l’affiliation	8	Article 38 – Salaire servant de base au calcul des cotisations	15
Article 13 – Suspensions des garanties	8	Article 39 – Salaire servant de base au calcul des prestations garanties	15
Article 14 – Maintien des garanties	8	Article 40 – Revalorisations	16
CHAPITRE V – GARANTIES DÉCÈS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	10	Article 41 – Cotisation due	16
Article 15 – Garantie décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes	10	Article 42 – Condition de paiement des cotisations	17
Article 16 – Garantie décès ou invalidité absolue et définitive par accident	11	Article 43 – Exonération du paiement des cotisations	17
Article 17 – Garantie double effet	11	Article 44 – Défaut de paiement des cotisations	17
Article 18 – Bénéficiaires des prestations	11	Article 45 – Versement des prestations	17
Article 19 – Conditions de règlement des prestations	11	Article 46 – Territorialité	17
Article 20 – Cessation des garanties décès – IAD	12	Article 47 – Exclusions et déchéance	17
CHAPITRE VI – GARANTIE OBSÈQUES	12	Article 48 – Prescription	18
Article 21 – Objet de la garantie et montant de la prestation	12	Article 49 – Fausse déclaration intentionnelle	18
Article 22 – Bénéficiaires des prestations	12	Article 50 – Contrôles	18
Article 23 – Conditions et modalités de règlement des prestations	12	Article 51 – Litiges médicaux	18
		Article 52 – Organisme de contrôle	19
		Article 53 – Protection des données à caractère personnel	19
		Article 54 – Réclamations et médiation	20
		Article 55 – Subrogation	21
		Article 56 – Traitement des prestations décès à caractère personnel	21
		Article 57 – Disposition relatives à la signature électronique	21
		CHAPITRE X – DÉFINITIONS	22

PRÉAMBULE

Le présent contrat de prévoyance est ouvert aux entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Plasturgie, et le cas échéant aux filiales d'un groupe ne relevant pas de ladite convention lorsque la maison mère, elle-même souscriptrice du contrat, souhaite mettre en place un régime de prévoyance harmonisé au niveau du groupe.

Il s'inscrit dans un dispositif mutualisé dédié à ces entreprises.

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire est régi par le Code des assurances, la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et est soumis à la loi française.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes, organisent la mise en œuvre de ce contrat de prévoyance.

Les conditions générales définissent les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir et indiquent également les obligations des parties contractantes, les clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières définissent, notamment, la date de prise d'effet du contrat, la catégorie de salariés assurés et les taux de cotisation appliqués.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 2 ci-après des garanties de prévoyance définies aux chapitres IV, V, VI et VII des présentes conditions générales.

Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières obligatoirement jointes, ces dernières prévalant sur les conditions générales en cas de contradiction sur des dispositions portant sur le même objet.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières.

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire est régi par le Code des assurances, par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et est soumis à la loi française.

Article 2 - Intervenants au contrat

Les parties intervenant au contrat sont les suivantes :

- L'Organisme assureur est MUTEX.

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des Assurances, enregistrée au RCS Nanterre sous le n° 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - 92327 CHATILLON.

Mutex est représentée pour la mise en place du contrat, sa conclusion le cas échéant, ainsi que son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières.

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.

• **Le souscripteur** est la personne morale signataire des Conditions Particulières liées aux présentes Conditions Générales, relevant du champ d'application la convention collective nationale de la Plasturgie.

• **Les assurés** sont l'ensemble des salariés sous contrat de travail, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale :

- appartenant à la catégorie de personnel « cadres » telle que mentionnée aux conditions particulières et ayant au moins trois mois d'ancienneté,
- affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale de salariés, et dûment affiliés au présent contrat.

CHAPITRE II - MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le présent contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Le présent contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction. Il peut également être résilié dans les conditions définies à l'article 8.

Article 4 - Conditions de souscription

Des formalités médicales peuvent être exigées.

A la souscription

Chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel telle que mentionnée aux conditions particulières devra compléter un questionnaire médical simplifié. Si des réponses positives ont été fournies au questionnaire médical simplifié, le questionnaire médical complet devra être complété par les assurés concernés.

Afin de respecter le secret médical, chacun des assurés, ayant complété les questionnaires médicaux, devra les joindre personnellement dans une enveloppe confidentielle « médecin conseil » à adresser au Service Médical.

Suite aux éléments fournis, 3 cas sont possibles :

- le dossier est accepté aux conditions normales, c'est à dire sans majoration tarifaire ;
- le dossier est refusé et l'adhésion pour l'ensemble du personnel du souscripteur est refusée ;
- le dossier est accepté moyennant des conditions tarifaires majorées. Ces conditions tarifaires majorées s'appliqueront à la catégorie de personnel du souscripteur. Les nouvelles conditions prendront effet à la date indiquée dans les conditions particulières.

En cours d'exercice

A chaque embauche le ou les nouveaux entrants devront se soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales ci-dessus.

Si l'affiliation de ces salariés est de nature à aggraver le risque et à remettre en cause les conditions d'équilibre du contrat, l'organisme assureur proposera une nouvelle tarification au souscripteur qui prendra effet à la date du renouvellement, par lettre recommandée. Si le souscripteur n'accepte pas ces nouvelles conditions tarifaires, le contrat sera résilié à la date d'échéance.

Article 5 - Obligations de l'organisme assureur

L'organisme assureur s'engage à établir une notice d'information, destinée à chaque assuré, qui définit les garanties prévues par le présent contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 6 - Obligations du souscripteur

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies au présent contrat.

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information établie par l'organisme assureur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, par voie d'avenant ou lettre avenant au présent contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit et de lui remettre une notice dûment actualisée en cas de modification de celle-ci, ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et des informations relatives aux modifications apportées au présent contrat incombe au souscripteur.

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

6.1 - A la souscription

1) Un état nominatif du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé :

- a) son n° Sécurité sociale ;
- b) ses nom et prénoms ;
- c) son sexe ;
- d) sa date de naissance ;
- e) sa date d'embauche ;
- f) sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin ou pacsé et le nombre d'enfants qu'il a à charge) telle que connue et déclarée auprès du souscripteur ;
- g) le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale ;
- h) sa catégorie professionnelle.

Cet état peut être remplacé par les informations transmises via la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de sa signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet.

2) La liste déclarative des sinistres en cours décrite au chapitre III.

3°) Un état nominatif des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :

- son n° Sécurité sociale ;
- ses nom et prénoms ;
- son sexe ;
- sa date de naissance ;
- sa date de cessation du contrat de travail ;
- le salaire annuel brut soumis à cotisation de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
- la période de maintien de garanties.

6.2 - En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au 1. avec indication de la date d'embauche ;
- sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, ces états doivent être transmis au plus tard dans le mois suivant l'événement.

6.3 - A chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf. 1. ci-dessus).

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, ces états doivent être transmis au plus tard dans le mois suivant l'événement.

6.4 - En cas de changement affectant le périmètre assurable

Le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements, d'ouverture d'une procédure collective, ou de changement de convention collective applicable.

En cas de modification du périmètre à couvrir, notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération de restructuration assimilée (apport partiel d'actifs, rachat ou reprise d'établissement notamment), le souscripteur devra transmettre, au plus tard dans le mois suivant cet événement :

- une liste des personnes se trouvant, au jour de la date de cette opération ou de la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies au chapitre III et survenues antérieurement à cette date,
- une liste des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, dans le cas de la reprise de ces engagements par le souscripteur.

Article 7 - Révision du contrat

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de MUTEX.

Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par l'organisme assureur au souscripteur et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 8 « Résiliation ».

Jusqu'à la date de prise d'effet de l'avenant ou de la lettre-avenant, ou de la résiliation du présent contrat, les prestations demeurent calculées sur la base de la réglementation antérieurement en vigueur.

Les taux de cotisation pourront être également révisés **en fonction des résultats techniques mutualisés** de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales.

Article 8 - Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à chaque échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant cette échéance, soit avant le 31 octobre précédant la date de son renouvellement :

- à l'initiative de l'organisme assureur par lettre recommandée,
- à l'initiative du souscripteur en adressant une notification de résiliation à l'organisme assureur conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances, ou par voie électronique sur le site internet de mutex.fr.

L'organisme assureur devra confirmer par écrit la réception de la notification.

Le présent contrat peut être également résilié :

- en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies dans les présentes conditions générales,
- à la date de changement d'activité de son entreprise si le souscripteur ne relève plus de la Convention collective nationale de la Plasturgie.

CHAPITRE III - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Article 9 - Engagements de l'organisme assureur

En application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 6.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

9.1 - Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale et non assurés pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective ou assurés uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

L'organisme assureur leur garantit, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues

par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux présentes conditions générales.

9.2 Concernant les salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat

En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès.

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle.

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le droit à la prise en charge des garanties décès définies aux présentes conditions générales.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité et décès.

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat,
- le droit à la prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie aux présentes conditions générales,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

Article 10 - Financement de la prise en charge des sinistres en cours

La prise en charge des sinistres en cours est conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique par le souscripteur. Son financement sera formalisé aux conditions particulières.

Lors d'un transfert de personnes dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération de restructuration assimilée, notamment un apport partiel d'actifs, ou un rachat ou reprise d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 5.3, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération ou du transfert de ces nouvelles personnes au contrat. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE IV - LES ASSURÉS

Article 11 - Salariés assurés

Les dispositions du présent contrat s'appliquent à tous les salariés Cadres tels que définis aux conditions particulières.

Article 12 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés présents à l'effectif à cette date,
- soit à compter :
 - de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - de sa date de mobilité, pour le salarié entrant dans la catégorie visée au présent contrat, **sous réserve d'avoir été déclarée à l'organisme gestionnaire dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.**

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration du souscripteur.

Article 13 - Suspensions des garanties

Les garanties prévues par le présent contrat sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré ne donnant pas lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.).

Il en est ainsi notamment en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde, congé de proche aidant et tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail non rémunérée telle que décrite ci-dessus.

La suspension de la garantie intervient à la date de suspension du contrat de travail.

La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivants. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration de l'employeur.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les arrêts de travail ou les décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Article 14 - Maintien des garanties

14.1 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension du contrat de travail

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur,
- ou à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et directement versé par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties de prévoyance sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs, sauf cas d'exonération tel que prévu à l'article 43.

14.2 - Maintien des garanties et des prestations en cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Pour les assurés bénéficiaires de prestations au titre du présent contrat à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation du contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés bénéficiaires de prestations au titre du présent contrat à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

14.3 - Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du présent contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de décès ou d'invalidité absolue ou définitive d'un assuré, est maintenu pour les salariés ou anciens salariés, bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat ou dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du présent contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce : au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du présent contrat pour les salariés, au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits pour les anciens salariés.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat, ou à la date de cessation du contrat de travail,

sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies à l'article « Revalorisations ».

L'organisme assureur pourra proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

14.4 - Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

14.4.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé, notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- justifiant auprès de l'organisme gestionnaire leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

14.4.2 - Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

A - Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

B - Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail** ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois de couverture.**

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 6, les anciens salariés du souscripteur dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties pendant

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

toute la période de maintien de leurs droits restants à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

C - Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 14.4.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

D - Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme gestionnaire, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 14.4.1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme gestionnaire de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle entraînant cessation d'indemnisation par l'assurance chômage et la liquidation de sa pension de retraite de base.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme gestionnaire, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

14.4.3 - Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

14.4.4 - Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié à la date de cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

• Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de

cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.

• Montant des prestations

Afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de l'employeur, légales ou conventionnelles, sont reconstituées** sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

• Cumul des prestations

En tout état de cause, les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

14.4.5 - Modifications contractuelles - Résiliation

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (notamment modification des garanties, des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties Décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

14.4.6 - Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme gestionnaire de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE V - GARANTIES DÉCÈS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (I.A.D)

Article 15 - Garantie décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital en

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

cas de décès de l'assuré et ce quelle qu'en soit la cause, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 18 ci-après.

Les assurés atteints d'une invalidité absolue et définitive (I.A.D.) telle que définie au Chapitre X, peuvent toutefois demander le versement par anticipation des prestations prévues en cas de décès.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie Décès.

** Tout assuré quelle que soit sa situation*

de famille 350 % ()*

() des Tranches A, B et C du salaire de référence défini à l'article 39 du présent contrat.*

Article 16 - Garantie décès ou invalidité absolue et définitive par accident

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle d'un assuré, il est versé un capital supplémentaire réparti entre les bénéficiaires tels que définis à l'article 18 dont le montant est égal à :

** Tout assuré quelle que soit sa situation*

de famille 350 % ()*

() des Tranches A, B et C du salaire de référence défini à l'article 38 du présent contrat.*

Article 17 - Garantie double effet

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du conjoint de l'assuré, de son concubin ou partenaire de PACS survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, et au plus tard dans les douze mois suivant cet événement, il est versé aux enfants à charge tels que définis au chapitre X, un capital dont le montant est de :

100 % du capital décès toutes causes

Article 18 - Bénéficiaires des prestations

18.1 - Au titre du capital « décès » et des capitaux supplémentaires en cas d'accident

Les assurés peuvent désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme gestionnaire lors du décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'avenant signé par l'organisme assureur, l'assuré et le bénéficiaire,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'organisme gestionnaire pour lui être opposable.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant ;
- à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En cas de pluralité de bénéficiaires désignés de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires de la majoration éventuelle du capital pour enfant ou personne à charge versée lors du décès de l'assuré sont les enfants ou personnes à charge par part égale entre eux.

18.2 - Capital double effet

Les bénéficiaires des capitaux du capital double effet sont les enfants à charge.

18.3 - En cas d'invalidité absolue et définitive

Le bénéficiaire des capitaux est l'assuré, réserve faite des dispositions ci-dessus concernant le capital Double effet versé aux intéressés.

Article 19 - Conditions de règlement des prestations

19.1- Ouverture des droits

La demande du capital doit être effectuée dans un délai de 6 mois à compter de la date du décès de l'assuré.

A. En cas de décès, le capital est versé sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de capital « décès » signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage (déclaration sur l'honneur du concubin signée également par 2 témoins, justificatifs de domicile commun), soit le PACS copie du récépissé d'enregistrement du PACS, extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois, soit la qualité d'enfant à charge ;
- les justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital.

B. En cas d'Invalidité Absolue et Définitive, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de capital « invalidité » signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale ;

- éventuellement les pièces et justificatifs prévus au § « en cas de décès » ci-dessus ainsi que ceux mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

C. Garantie Double effet

- une pièce justifiant le décès du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge ;
- les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital.

19.2 - Modalités de versement des prestations

Le capital est versé en une seule fois à réception des pièces visées à l'article 19 ci-dessus et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu à l'article 50 des présentes Conditions Générales en cas de demande de capital pour IAD.

Article 20 - Cessation des garanties décès - IAD

Elles prennent fin à dater soit :

- du jour où l'assuré bénéficie de la pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de cumul emploi-retraite telle que défini par l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale ;
- au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré ;
- pour la garantie double effet, au plus tard 365 jours après la survenance du décès ou de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Dans tous les cas, à la date de la rupture du contrat de travail (sous réserve des dispositions énoncées à l'article 14.4 « maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits »).

CHAPITRE VI - GARANTIE OBSÈQUES

Article 21 - Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au moment du décès) ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans, il est versé une indemnité pour frais d'obsèques, dans la limite des frais réellement engagés, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après, d'un montant de :

100% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS en vigueur au jour du décès).

Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat. Les frais d'obsèques, sont couverts à hauteur des dépenses supportées dans la limite des montants ci-dessus.

En conséquence, le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Article 22 - Bénéficiaires des prestations

Le ou les bénéficiaires des prestations sont la ou les personnes qui ont assuré le paiement des frais d'obsèques et qui en présentent les factures acquittées.

Article 23 - Conditions et modalités de règlement des prestations

Les frais sont remboursés dans un délai maximum de 30 jours à compter de la production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de remboursement des frais d'obsèques signé par le représentant qualifié du souscripteur ;
- une pièce justifiant du décès de l'assuré, et le cas échéant de celui de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans, sous la forme, en principe d'un bulletin de décès ;
- tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de remboursement des frais d'obsèques.

CHAPITRE VII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Article 24 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, aucune prestation complémentaire ne sera versée par l'assureur au titre du présent contrat.

Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux prestations.

L'indemnisation servie au titre du présent contrat a pour objet de compléter en montant et en durée les droits garantis en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident par la Convention Collective Nationale de la Plasturgie, **en complément et en relais** des obligations du souscripteur au titre du maintien de salaire.

Article 25 - Point de départ de l'indemnisation

25.1 - Salariés ayant l'ancienneté requise pour bénéficier des dispositions afférentes au maintien de salaire prévue par la convention collective dont ils relèvent

En tout état de cause, le versement des indemnités journalières débute au plus tôt à compter de la fin de

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

L'intervention de l'employeur au titre de la première période d'indemnisation définie par la Convention Collective.

L'appréciation du crédit d'indemnisation s'effectue conformément aux dispositions définies par la convention collective dont relève l'assuré.

25.2 - Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des dispositions afférentes au maintien de salaire prévue par la convention collective dont ils relèvent

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu.

La détermination de la franchise continue s'apprécie à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

On entend par franchise, la période d'arrêt continu se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie.

L'appréciation du calcul de l'ancienneté s'effectue par référence aux dispositions prévues par la convention collective dont relève l'assuré.

Article 26 - Montant des prestations garanties

L'organisme assureur verse aux salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant égal à :

- 90% du salaire tranches A, B et C (*) et ce aussi longtemps que la Sécurité sociale leur verse des indemnités journalières.

() défini à l'article 39 du présent contrat. Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et la fraction de salaire dont la garantie incombe à l'employeur en application de la Convention Collective dont relève l'assuré.*

Le nombre d'indemnités journalières servies est déterminé par rapport au nombre de jours calendaires.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Article 27 - Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré ;
- et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Article 28 - Franchise en cas de rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale, ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale, ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L.323-1, 1^{er} et R.323-1, 1^o, 2, et 3^o du Code de la Sécurité sociale) est considérée comme une rechute sous réserve :

- que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du présent contrat,
- et que la nouvelle période d'interruption de travail soit en lien avec la pathologie ayant entraîné l'arrêt de travail initial.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

Article 29 - Conditions de règlement des prestations

29.1 - Ouverture des droits

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'entreprise ;
- le décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de l'incapacité de travail ;
- les bulletins de salaire des 12 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail.

29.2 - Périodicité des versements

Les indemnités journalières sont versées directement au souscripteur, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Elles sont versées directement au souscripteur tant que le contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de les reverser à l'assuré, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail de l'assuré, les indemnités journalières sont versées directement à l'assuré, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

CHAPITRE VIII - INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (I.P.P.)

Article 30 - Objet de la garantie

En cas d'invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33% de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Article 31 - Montant de la prestation invalidité

En cas d'invalidité telle que définie au chapitre X du présent contrat, l'organisme assureur verse aux assurés la rente d'invalidité déterminée ci-après :

- En 3^{ème} catégorie : 90 % (*)
- En 2^{ème} catégorie : 90 % (*)
- En 1^{ère} catégorie : 54 % (*)

(*) du salaire de référence tranches A, B et C défini à l'article 39 du présent contrat, y compris les prestations de la Sécurité sociale, hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En cas de modification de la catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur est modifiée à cette même date.

Article 32 - Montant de la rente incapacité permanente professionnelle

En cas d'incapacité permanente professionnelle telle que définie au chapitre X du présent contrat, l'organisme assureur verse aux assurés la rente d'incapacité permanente déterminée ci-après :

1 - En cas d'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66% qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : elle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

2 - En cas d'incapacité permanente d'un taux compris entre 33% et moins de 66% qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est calculé en fonction de la formule suivante :

$$\frac{R \times 3N}{2}$$

N étant le taux d'incapacité permanente professionnelle,
R le montant trimestriel de la rente d'invalidité 2^{ème} catégorie qui serait versé par l'organisme assureur.

Pour le calcul de la rente, chaque mois est considéré comme étant composé de 30 jours.

En cas de modification du taux d'incapacité permanente professionnelle reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur est modifiée à partir de cette même date.

Article 33 - Point de départ du service des rentes

Les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

La nécessaire antériorité du fait générateur :

Si l'assuré est licencié, est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par la Sécurité sociale une rente ou une pension, l'organisme assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail (licenciement, préavis effectué ou non, inclus, terme du contrat de travail).

Article 34 - Cessation du paiement des rentes

Le service des rentes prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33% ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Article 35 - Conditions de règlement des prestations

35.1 - Ouverture des droits

La demande de rente doit être effectuée dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de rente signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- la notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ;
- les bulletins de salaire des 12 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail.

35.2 - Périodicité des versements

Les rentes sont versées directement et trimestriellement à terme échu à l'assuré ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Le service de la rente est suspendu tant que le justificatif n'est pas produit.

CHAPITRE IX - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 36 - Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si le salarié n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

base du salaire qu'il perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme assureur au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient au souscripteur de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

Article 37 - Terme des garanties

Les garanties définies aux présentes Conditions Générales cessent au plus tard :

- à la date de sortie de l'assuré de la catégorie de personnel assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes se trouvant en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée), sauf s'il peut prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu à l'article 14.4,
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations telle que définie à l'article 44 ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat dont les effets sont les suivants :
 - les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu postérieurement à la date d'affiliation de l'assuré et antérieurement à la date de résiliation du contrat, continuent d'être servies au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits ;
 - le bénéfice de la garantie décès est maintenu, pour les assurés en arrêt de travail pour incapacité temporaire, pour invalidité ou incapacité permanente professionnelle dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, et ce pendant toute la durée de cette indemnisation.

L'organisme assureur pourra proposer aux assurés la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat concerné en vigueur à la date de résiliation dudit contrat.

Article 38 - Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- la tranche A des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- la tranche B des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond ;
- la tranche C des rémunérations perçues : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations s'entend comme l'ensemble des éléments de rémunération (intégrant les majorations des heures supplémentaires, la prime d'ancienneté, le 13^{ème} mois...) soumis à cotisation de la Sécurité sociale au cours des douze derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article 11.2 des présentes conditions générales, le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Néanmoins, ne sont pas intégrés dans le salaire servant au calcul des cotisations les éléments à périodicité plus longue que l'année (par exemple les sommes versées à la cessation du contrat de travail...).

Article 39 - Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations s'entend comme l'ensemble des éléments de rémunération (intégrant les majorations des heures supplémentaires, la prime d'ancienneté, le 13^{ème} mois...) soumis à cotisations de la Sécurité sociale (limité à quatre fois le plafond Sécurité sociale) au cours des douze derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur et ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par l'employeur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Néanmoins, ne sont pas intégrés dans le salaire servant au calcul des prestations les éléments à périodicité plus longue que l'année (par exemple les sommes versées à la cessation du contrat de travail...).

En cas d'arrêt de travail de l'assuré au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire brut fixe intégralement reconstitué.

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au 1^{er} alinéa, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Article 40 - Revalorisations

40.1 - Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès ou invalidité absolue et définitive.

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} juillet de chaque année et est limité chaque année à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labelisés de l'année précédente sous déduction, du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.

En cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

40.2 - Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} juillet de chaque année, à condition, lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées en fonction de la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année en cours, ou la date d'ouverture des droits à prestations et le 1^{er} juillet de l'année en cours lorsque ces droits ont été ouverts postérieurement au 1^{er} juillet de l'année précédente.

Le taux de revalorisation ainsi déterminé est limité annuellement à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labelisés de l'année précédente, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.

Par principe, en cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations périodiques en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du présent contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du présent contrat, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du présent contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

40.3 - Revalorisation des capitaux décès dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L.132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^o de l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

40.4 - Revalorisation des arrrages de rentes entre le décès ouvrant droit à prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrrages de rentes échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L.132-5 du Code des assurances.

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 40.2.

À compter de la date d'échéance de l'arrage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^o de l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Article 41 - Cotisation due

Les garanties sont assurées par l'organisme assureur en contrepartie du versement des cotisations dont les taux sont fixés aux Conditions Particulières obligatoirement jointes aux présentes Conditions Générales.

La cotisation est due pour tout assuré au 1^{er} jour du mois qui suit :

- en cas d'entrée dans la catégorie de personnel assurée en cours de mois, la cotisation est due à partir du mois suivant,
- en cas de radiation en cours de mois, la cotisation est due pour le mois en cours.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Article 42 - Conditions de paiement des cotisations

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chaque règlement doit être accompagné du bordereau trimestriel de cotisations dûment rempli par le souscripteur.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

A partir de l'état nominatif annuel des salaires, l'organisme assureur établit chaque année un document d'ajustement annuel des cotisations de l'exercice précédent qu'il adresse au souscripteur. Celui-ci dispose d'un délai d'un mois pour régulariser son compte s'il est débiteur. Dans le cas contraire, le crédit est imputé sur la première cotisation de l'exercice suivant ou le cas échéant remboursé.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations.

En l'absence de communication de l'état nominatif, MUTEX pourra procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en sa possession.

Article 43 - Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du présent contrat (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération de leur employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré.

Article 44 - Défaut de paiement

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'organisme assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à

échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 45 - Versement des prestations

Les garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, et sont calculées compte tenu des règles du régime général de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du sinistre.

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire du souscripteur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier doivent être fournies par le bénéficiaire.

Article 46 - Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale. **Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations en espèces de la Sécurité sociale et sont payées en France et en euros.**

Article 47 - Exclusions et déchéance

47.1 - Exclusions concernant les garanties Décès et Invalidité Absolue Définitive

Sont exclus des garanties décès et Invalidité Absolue Définitive les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la désintégration de noyau atomique,
- d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée ou déconseillée sauf raisons impératives, publiée sur le site du ministère des affaires étrangères français.

47.2 - Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit aux garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices.

En outre, l'assuré, et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations sont déchus de tout droit à garantie :

en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.

Dans ce cas, l'intégralité des prestations qui auraient été indûment versées devra être restituée.

47.3 - Exclusions concernant l'incapacité de travail, l'incapacité permanente professionnelle et l'invalidité

Sont exclus des garanties incapacité de travail et

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré.

47.4 - Exclusions concernant le Décès Accidentel, l'Invalidité Absolue Définitive Accidentelle Incapacité permanente par accident et les frais obsèques

Sont exclus des garanties décès accidentel, invalidité absolue définitive accidentelle, incapacité permanente par accident et frais obsèques les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des Transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré,
- de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Pour la garantie « Double effet », le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Article 48 - Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé

une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 49 - Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites par le souscripteur ou l'assuré servent de base des garanties et constituent de ce fait un élément essentiel notamment lors de l'adhésion.

Elles peuvent être à tout moment être vérifiées par l'organisme assureur.

La garantie accordée à l'assuré par l'organisme assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci ou du souscripteur quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré ou le souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 50 - Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur.

Article 51- Litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

médecins, par le président du Tribunal compétent du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour les représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

Article 52 - Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle de MUTEX est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

Article 53 - Protection des données à caractère personnel

Des traitements de données personnelles (collecte, enregistrement, utilisation, ...) sont réalisés tout au long de la relation contractuelle.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du présent contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du présent contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégant. Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Le souscripteur recueille et transmet les informations relatives aux assurés pour permettre leur affiliation. Il informera les assurés que ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel licites au regard de leurs finalités.

Traitements nécessaires à l'exécution du contrat : étude des besoins – passation, gestion et exécution du contrat – contrôle et surveillance du risque – gestion de la relation commerciale – gestion des réclamations, des contentieux et du recouvrement – l'exercice des recours.

Traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle ces organismes sont soumis : l'identification et la connaissance client afin de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés et l'exercice du devoir de conseil – la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme – le prélèvement à la source – la détection et l'identification des contrats en déshérence – la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés – le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption – la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques – répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

Traitements nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les organismes : élaboration des statistiques et études actuarielles – recherches et développement – amélioration des produits, de la qualité des services et de la connaissance client – lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) – opérations de communication et de fidélisation – prospection d'un professionnel – gestion clientèle intra-groupe.

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à Mutex ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Toutes les données collectées sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. A défaut de fourniture des données obligatoires, ces organismes seront dans l'impossibilité de traiter les demandes. Dans ce cadre, ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. En outre, en vertu d'une obligation légale, ces organismes pourront solliciter des informations et / ou des pièces justificatives complémentaires.

Les données personnelles sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes administratifs/professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation client varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

Si des données à caractère personnel des assurés et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les responsables de traitements s'assureront que le tiers fournit des garanties appropriées concernant le transfert ou fondent le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Les responsables de traitements et ses partenaires s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles des assurés et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées et à ce que les données à caractère personnel des assurés et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les responsables de traitements et ses partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des assurés et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

Les assurés et les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Les assurés et les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils peuvent à tout moment retirer leur consentement si le traitement est soumis à consentement. Concernant le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme il s'exerce auprès de la CNIL.

Pour exercer ces droits, il convient d'écrire à dpo@mutex.fr ou à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, TSA 74058, 92321 Châtillon cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, TSA 74058, 92321 Châtillon cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si les personnes concernées estiment, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.

Article 54 – Réclamations et médiation

Pour toute réclamation liée à l'exécution du présent contrat, le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations (ci-après dénommés « réclamants ») peuvent s'adresser en priorité aux services de gestion de l'organisme gestionnaire, ou à Mutex via l'un des canaux

réservés suivants :

par courrier auprès du Service Qualité Relation Adhèrent : MUTEX – SQRA – 140, avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites ;
via le formulaire de contact mutex.fr : <https://www.mutex.fr/nous-contacter/>.

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou assureur n'a pas pu donner immédiatement entière satisfaction, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement via l'un des canaux précités.

Quel que soit le point de contact, le réclamant recevra un accusé de réception par écrit de sa réclamation sur support durable dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de la date de son envoi (sauf en cas de réponse dans ce délai).

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à répondre au réclamant dans un délai n'excédant pas deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à l'organisme assureur sont accessibles sur le site : www.mutex.fr.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, l'organisme assureur met à la disposition de ses assurés et des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec l'organisme assureur relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations dans les délais précités et quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la première manifestation écrite du mécontentement a été formulée :

en priorité par internet :

<https://www.mediation-assurance.org> ;

ou par défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09.

La demande de médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le Médiateur.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Article 55 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Article 56 - Traitement des prestations décès non réclamées

L'organisme assureur est tenu de vérifier au moins annuellement que l'assuré n'est pas décédé auprès des organismes professionnels habilités (article L.132-9-3 du Code des assurances), et de rechercher, lorsqu'il est informé du décès, les bénéficiaires des prestations (article L.132-8 du Code des assurances), par tous moyens à sa disposition (informations figurant au contrat, à la désignation bénéficiaire, auprès des notaires, mairies ...).

Toutefois les sommes dues en raison du décès de l'assuré qui n'ont fait l'objet d'aucune demande de paiement pendant un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur, sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions prévues aux articles L.132-27-2 et R.132-5-5 du Code des assurances. Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'organisme assureur envers le ou les bénéficiaires des prestations.

Les sommes transférées à la Caisse des dépôts et consignations, qui n'auront pas été réclamées par le ou les bénéficiaires, seront définitivement acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

Article 57 - Disposition relatives à la signature électronique

57.1 - Objet

La présente clause a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le souscripteur et l'organisme assureur reconnaissent aux documents précontractuels signés et transmis par voie électronique la qualité de documents originaux et les admettent comme mode de preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

En amont de la souscription du contrat d'assurance, l'organisme assureur peut mettre à disposition du futur souscripteur un procédé de « signature électronique » pour signer des documents précontractuels.

57.2 - Définitions

Signature électronique

Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un **procédé fiable d'identification** garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article 1367 alinéa 2 du Code civil).

Support durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).

Tiers de confiance

Désigne le prestataire délivrant le service de signature électronique.

Représentant du souscripteur

Personne habilitée à engager la personne morale souscriptrice : représentant légal ou toute personne physique agissant en vertu d'une délégation de pouvoir de la personne morale souscriptrice.

57.3 - Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent aux documents précontractuels pour lesquels une signature du futur souscripteur est requise, en amont de la souscription du contrat d'assurance.

Le choix de la signature électronique des documents de souscription peut être proposé par le conseiller avec qui le futur souscripteur est en relation directe, en tout ou partie, tout au long du processus de souscription (face à face, échanges téléphoniques, courriels ...).

En optant pour la signature sur support papier ou pour la signature électronique sur support durable, le souscripteur manifeste par sa signature les conditions de la souscription dont il a au préalable pris connaissance et s'engage également sur l'exactitude de ses déclarations, réalisées en tout ou partie par voie dématérialisée.

La signature des documents est réalisée selon le procédé qui suit :

- Après avoir choisi les options et les garanties souhaitées pour son contrat d'assurance, le représentant du futur souscripteur renseigne, avec le conseiller, les informations d'identification demandées (raison sociale, adresse, numéro SIRET de la personne morale souscriptrice, coordonnées professionnelles du représentant légal ou de la personne habilitée à signer les documents précontractuels et contractuels, etc.). Il prend connaissance de l'ensemble de la documentation précontractuelle, dont le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») et les conditions générales du contrat, qui lui ont été transmis. Il complète les documents complémentaires transmis et joints les justificatifs demandés. Les documents précontractuels ainsi complétés (devoir d'information et de conseil, demande de souscription, état des sinistres/risques en cours, etc.), sont remis au conseiller soit sous format papier, soit sur support électronique à l'adresse e-mail préalablement déclarée.
- S'il approuve les informations figurant sur les

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

documents et s'il est en accord avec les conditions d'assurance proposées, le représentant du futur souscripteur est invité par courriel envoyé à l'adresse mail préalablement déclarée, à se connecter sur le site du Tiers de confiance pour procéder à la signature électronique de ces documents.

- Il clique sur le lien envoyé par mail par le tiers de confiance accède à un espace sécurisé, procède à la relecture et la vérification des informations renseignées dans chacun des documents soumis à signature. A ce stade les documents qui lui seront présentés pour dernière relecture et signature ne sont plus modifiables.

- S'il approuve les informations figurant sur les documents, Il coche les encarts au moyen desquels :

- il reconnaît avoir lu les documents précontractuels qui lui ont préalablement été remis et en accepter le contenu,
- il reconnaît avoir lu et accepte les Conditions générales d'utilisation ainsi que les Conditions spécifiques d'utilisation du tiers de confiance choisi,
- il reconnaît avoir lu et accepté la Politique de Protection des Données du tiers de confiance.

- Puis il clique sur « Signer » pour procéder à la signature des documents et renseigne le code confidentiel qui lui a été adressé par SMS par le tiers de confiance sur le numéro de téléphone professionnel qu'il aura communiqué et qui permet l'authentification du signataire.

- Un courriel de confirmation lui est ensuite envoyé à l'adresse mail qu'il aura renseigné avec les documents signés sous format PDF en pièce jointe.

57.4 - Horodatage

Les éléments collectés lors de la signature électronique sont consignés dans un fichier de preuve garantissant la fiabilité du processus de signature des documents.

Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire ainsi que les documents signés.

Le fichier de preuve est scellé au moyen d'un cachet électronique émis par le tiers de confiance, horodaté et conservé de manière à en garantir l'intégrité et n'est accessible que par l'assureur.

Lorsqu'il y a plusieurs documents signés en même temps, pour des raisons techniques, cette signature à la même heure et à la même date ne signifie pas pour autant que ces documents ont été renseignés en même temps.

57.5 - Force probante du document signé électroniquement

L'organisme assureur et le souscripteur reconnaissent

que tout document ayant fait l'objet d'une signature électronique :

- constitue l'original du document,
- est une preuve littérale et possède la même valeur probante qu'un écrit signé de façon manuscrite sur support papier (article 1366 du Code civil),
- est parfaitement valable et opposable par l'organisme assureur au souscripteur.

Le souscripteur et l'organisme assureur conviennent que le document signé électroniquement ne confère pas plus de droits que s'il avait été établi, signé et conservé sur support papier.

Ils reconnaissent également que la signature électronique des documents vaut preuve de son contenu, de l'identité du signataire et entraîne le consentement de chacun d'eux aux droits et obligations qui en découlent ; le représentant du futur souscripteur reconnaît notamment que la saisie du code SMS reçu et le fait de cliquer sur le bouton « Signer » correspond à sa signature électronique et que cet acte positif manifeste son consentement.

En outre, l'organisme assureur et le souscripteur entendent que le procédé d'horodatage mis en œuvre dans le cadre de la signature électronique du document constitue la modalité de preuve de la date de sa signature.

57.6 - Transmission par voie électronique

Si le futur souscripteur opte pour la signature électronique, il doit, au préalable, télécharger les documents et certifier les avoir enregistrés et/ou imprimés pour pouvoir s'y reporter ultérieurement.

Tout document signé électroniquement pourra faire l'objet d'une transmission via un support durable autre que papier. Le futur souscripteur peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation avec l'assureur ou à n'importe quel moment.

Ces documents doivent être conservés et stockés par le futur souscripteur sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage de son choix ; il peut à tout moment en demander un exemplaire papier à l'assureur.

L'assureur pourra également délivrer toute information ou toute correspondance au futur souscripteur par voie électronique (e-mail).

Le souscripteur reconnaît également que tout document signé électroniquement par lui et transmis par voie électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

CHAPITRE X - DÉFINITIONS

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

1. D'une part :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- ou, être âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et :
 - s'ils poursuivent des études,
 - ou exercent une activité professionnelle leur procurant des revenus inférieurs à 55% du SMIC ;
 - ou, s'ils s'il ouvre droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du code de la Sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L.821-1 de ce code.

2. D'autre part :

- vivre sous le même toit que l'assuré ;
- ou, sont fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
- ou sont fiscalement à charge du conjoint concubin ou partenaire de PACS de l'assuré.

Conjoint

On entend par CONJOINT, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.

Concubin, Pacsé

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF). Les concubins ne doivent être ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS.

On entend par partenaire de Pacs, la personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 et suivants du Code Civil). Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un PACS peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du PACS, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Le décès de l'assuré est considéré d'origine accidentelle s'il intervient au plus tard dans un délai de 12 mois suivant la date de l'accident.

Incapacité égale ou supérieure à 66%

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66%, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L.434-2 dudit Code).

Incapacité entre 33% et moins de 66%

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux compris entre 33% et moins de 66% résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

Invalidité

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Il faut entendre par Invalidité Absolue et Définitive l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale :

« Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

L'incapacité Permanente Professionnelle (IPP) d'un taux de 80% reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'IAD pour l'application de la garantie décès.



25120349

Assureur des garanties de prévoyance :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon