

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DES COMMERCES
DE QUINCAILLERIE, FOURNITURES
INDUSTRIELLES, FERS, MÉTAUX ET
ÉQUIPEMENT DE LA MAISON
(IDCC 3243)

PRÉVOYANCE
COLLECTIVE
À ADHÉSION OBLIGATOIRE

ÉDITION JANVIER 2026



Salariés non cadres

CONDITIONS GÉNÉRALES

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4	II - CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	20
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5	CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS	20
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT	5	CHAPITRE IX - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	20
Article 1 - Objet du contrat	5	Article 32 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	20
Article 2 - Intervenants au contrat	5	Article 33 - Bénéficiaires des prestations	20
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	5	Article 34 - Conditions de règlement des prestations	21
Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement	5	CHAPITRE X - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	21
Article 4 - Obligations de l'organisme assureur	5	Article 35 - Objet de la garantie	21
Article 5 - Obligations du souscripteur	5	Article 36 - Point de départ de l'indemnisation	21
Article 6 - Révision du contrat	6	Article 37 - Montant des prestations garanties	21
Article 7 - Résiliation	7	Article 38 - Terme de l'indemnisation	21
CHAPITRE III - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	7	Article 39 - Rechute	21
Article 8 - Engagements des organismes assureurs	7	Article 40 - Conditions de règlement des prestations	22
Article 9 - Financement de la prise en charge des sinistres en cours	8	CHAPITRE XI - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	22
CHAPITRE IV - DURÉE DES GARANTIES	8	Article 41 - Garantie invalidité	22
Article 10 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation	8	Article 42 - Garantie incapacité permanente professionnelle	22
Article 11 - Terme des garanties	9	Article 43 - Point de départ du service des prestations	22
Article 12 - Suspension des garanties	9	Article 44 - Terme de l'indemnisation	22
Article 13 - Maintien des garanties	9	Article 45 - Conditions de règlement des prestations	23
CHAPITRE V - COTISATIONS	11	ANNEXE 1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	24
Article 14 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	11	ANNEXE 2 - MAINTIEN FACULTATIF DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	25
Article 15 - Conditions de paiement des cotisations	12		
Article 16 - Exonération du paiement des cotisations	12		
Article 17 - Défaut de paiement des cotisations	12		
CHAPITRE VI - PRESTATIONS	12		
Article 18 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	12		
Article 19 - Principe indemnitaire	12		
Article 20 - Revalorisations	13		
Article 21 - Risques exclus et causes de déchéance	14		
CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES	14		
Article 22 - Contrôles	14		
Article 23 - Litiges Médicaux	14		
Article 24 - Réclamations et médiation	15		
Article 25 - Organisme de contrôle	15		
Article 26 - Protection des données à caractère personnel	15		
Article 27 - Prescription	17		
Article 28 - Subrogation	17		
Article 29 - Traitement des prestations décès non réclamées	17		
Article 30 - Territorialité	17		
Article 31 - Dispositions relatives à la signature électronique	17		

PRÉAMBULE

Les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des commerces de quincaillerie, fournitures industrielles, fers, métaux et équipement de la maison peuvent souscrire à l'offre de prévoyance labellisée par les partenaires sociaux de la branche, proposée et assurée par MUTEX, au bénéfice de l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 2.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place dans ce cadre est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières obligatoirement jointes.

Les présentes conditions générales définissent les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir ainsi que les obligations des parties contractantes ; elles comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières définissent notamment la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation applicables.

Seules les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des commerces de quincaillerie, fournitures industrielles, fers, métaux et équipement de la maison peuvent souscrire le contrat au plus tôt au jour de la prise d'effet de l'annexe 3 à la convention collective nationale qui succède à l'accord de branche du 2 juillet 2020 mettant en place le régime de prévoyance.

Tous les contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales feront l'objet d'un suivi technique mutualisé ; toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble des contrats.

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 au titre II 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.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 2.

Article 2 - Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

- **les organismes assureurs :**

MUTEX,

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances.

Siège social : 140, avenue de la République
92320 Châtillon.

La gestion administrative du présent contrat (affiliations, cotisations, prestations et réclamations) est déléguée à Harmonie Mutuelle.

- **le souscripteur :** la personne morale signataire des conditions particulières, relevant du champ d'application de la convention collective nationale des commerces de quincaillerie, fournitures industrielles, fers, métaux et équipement de la maison.

- **les assurés :** 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, ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, dûment affiliés au présent contrat.

CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement

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 sauf en cas de résiliation dans les conditions définies à l'article 7.

Article 4 - 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.

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 5 - 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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

5.1 - À la souscription

- Un état nominatif du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé :
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - sa date d'embauche ;
 - 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 ;
 - son salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale.

L'état nominatif doit mentionner également les salariés en congé de maternité, paternité ou adoption, et ceux dont le contrat de travail est suspendu en précisant les dates de suspension.

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.

- Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale,
 - les salariés et les 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,
 - les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.
- 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° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - la date de cessation de son contrat de travail ;

- le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
- la période de maintien de garanties.

5.2 - En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues à l'article 5.1 ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 5.1. 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.

5.3 - En cas de changement de périmètre

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 à l'article 5.1 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.

5.4 - À chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 5.1.

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

Article 6 - Révision du contrat

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du présent contrat.

Les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du présent contrat ne sauraient avoir

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur.

En cas de changement entraînant une augmentation de l'étendue de ses engagements (notamment en cas de modification des modalités d'intervention du régime obligatoire français de la Sécurité sociale), l'organisme assureur peut aménager les garanties et/ou les cotisations du contrat afin de maintenir l'équilibre des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales.

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, préalablement négociée par la Commission Paritaire Nationale de suivi du régime de prévoyance, et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de modification des garanties et/ou des cotisations du contrat en cours d'année, faisant suite à des évolutions législatives, réglementaires et/ou fiscales, le souscripteur peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre avenant ou de l'avenant, en envoyant une notification de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 7 ci-après. Le contrat sera alors résilié le 1^{er} jour du mois suivant la notification de la résiliation.

Pour les autres cas de révision des garanties et/ou des cotisations, le souscripteur et l'organisme assureur peuvent mettre en œuvre la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article 7 ci-après.

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 des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles 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, selon les modalités définies à l'article 14.3.

Article 7 - 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 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 à l'article 17 des présentes conditions générales,
- en cas de refus par le souscripteur de la révision des cotisations et/ou garanties en cours d'année dans les conditions définies à l'article 6 ci-avant.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la convention collective nationale des commerces de quincaillerie, fournitures industrielles, fers, métaux et équipement de la maison, mentionnée à l'article 2, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise.

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

Article 8 - Engagements des organismes assureurs

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 5.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

8.1 - Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés par la Sécurité sociale, et non assurés pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective

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 conditions générales.

8.2 - Concernant les salariés, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés par la Sécurité sociale, et assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective 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 conditions générales.

8.3 - 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

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

- *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.

- *En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, 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.

- *En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, 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.

Les bénéficiaires de ces dispositions sont déclarés par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 5.1., dont la liste figure en annexe aux conditions particulières.

Article 9 - 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 - DURÉE DES GARANTIES

Article 10 - 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 assureur 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 assureur de la déclaration du souscripteur.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Article 11 - Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 13.2, 13.3 et 13.4 ci-après, les garanties cessent :

- 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, sauf s'il se trouve 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),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

Article 12 - Suspension 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 versé 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 rémunéré telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur 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 décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Ces salariés dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties décès dans les conditions définies en annexe 2.

Article 13 - Maintien des garanties

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

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou 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,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou activité partielle de longue durée, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (congé de reclassement, congé de mobilité, etc.),
- ou à un congé maternité, paternité ou d'adoption.

Les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 16.

13.2 - 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 l'événement ouvrant droit à prestations, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

13.3 - 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 et 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

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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.

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

Dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au présent 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.

13.4.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient 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) **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- justifiant auprès de l'organisme assureur 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.

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

Date d'effet

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

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 5, les anciens salariés 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 définies au présent contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant 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.**

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 13.4.5 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.

Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 13.4.1 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 assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage, et la liquidation de sa pension de retraite de base.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au présent 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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

13.4.3 - Financement du maintien des garanties

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

13.4.4 - Garanties et prestations maintenues

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

Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini à l'article 18 du chapitre VI « 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 cette occasion.

Montant des prestations maintenues

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 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 présent 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.**

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.

13.4.5 - Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux assurés en activité entrant dans la catégorie de personnel assuré (notamment modification des garanties et 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 présent contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés 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.

13.4.6 - 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 assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE V - COTISATIONS

Article 14 - Base de calcul, taux et révision des cotisations

14.1 - Base de calcul des cotisations

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale (hors avantages en nature et indemnités de départ à la retraite) dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières.

On entend par :

- Tranche 1 (équivalent à l'ancienne Tranche A) : partie du salaire inférieure au plafond de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale (équivalent à l'ancienne Tranche B) : partie du salaire comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et quatre fois son montant.

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^{ème} mois, prime de vacances) perçues au cours de l'année civile d'assurance.

Pour les salariés en arrêt de travail et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur, les cotisations sont dues uniquement sur la fraction de la rémunération de référence éventuellement versée au titre du maintien de salaire (dès lors, aucune cotisation n'est due sur les prestations complémentaires servies par l'organisme assureur tel que prévu à l'article Article 16 - Exonération du paiement des cotisations).

Pour les salariés bénéficiant d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris lorsqu'ils sont placés en position d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, la rémunération de référence visée ci-dessus correspond au montant de l'indemnité versée (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur). Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Pour les salariés bénéficiaires d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption, l'assiette de cotisation est établie sur la base du salaire de référence moyen des douze mois civils précédant le mois de suspension du contrat de

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

travail, ou le cas échéant la période au cours de laquelle le contrat de travail a duré ci cette période est inférieure à douze mois.

14.2 - Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières en pourcentage de la base de calcul des cotisations telle que définie ci-avant.

14.3 - Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont révisables en fonction des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 6 « Révision du contrat ».

Article 15 - Conditions de paiement des cotisations

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur à l'organisme assureur, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.

Le règlement est accompagné, en retour, de l'avis d'appel de cotisations adressé par l'organisme assureur, et dûment complété par le souscripteur, sauf s'il transmet son règlement via la DSN.

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

Article 16 - 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 travail, 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 17 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les quinze jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'organisme assureur de poursuivre l'exécution du présent contrat en justice, après une mise en demeure adressée par l'organisme assureur au souscripteur par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Faute de paiement dans un délai de 45 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le présent contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Le présent 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.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS

Article 18 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire ayant donné lieu à cotisation telles que fixées aux conditions particulières.

Le salaire de référence est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

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.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13ème mois, prime de vacances) ayant donné lieu à cotisation au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, 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 au titre du présent contrat.

Article 19 - Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature 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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré 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 base du salaire qu'il percevait 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 20 - Revalorisations

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

20.1.1 - Pour tout arrêt de travail et décès survenus antérieurement au 1^{er} janvier 2024

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux 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 est fixé par référence à la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

En tout état de cause, le taux de revalorisation du salaire de référence ne pourra pas être inférieur à l'évolution du salaire minimum des Employés de la Branche Niveau III - échelon 2 au cours de la même période.

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

Toutefois, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation du salaire de référence pour le calcul des prestations décès, qui sont maintenues conformément à l'article 13.3, continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

20.1.2 - Pour tout nouvel arrêt de travail et décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux 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.

Dans ce cas, le taux de revalorisation est égal au cumul des taux de revalorisation annuels constatés entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou celle de son décès ou invalidité absolue et définitive et tels que définis ci-après.

Le taux de revalorisation annuel est fixé au 1^{er} juillet de chaque année par référence à 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, **et est limité chaque année à 85% du taux le plus faible parmi les taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labellisés 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.

Toutefois, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation du salaire de référence pour le calcul des prestations décès, qui sont maintenues conformément à l'article 13.3, continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

20.2 - Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

20.2.1 - Pour tout arrêt de travail et décès survenus antérieurement au 1^{er} janvier 2024

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées, au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet, en fonction de l'évolution du point de retraite Agirc-Arrco constatée au cours de l'année civile précédente, 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.

En tout état de cause, le taux de revalorisation des prestations ne pourra pas être inférieur à l'évolution du salaire minimum des Employés de la Branche Niveau III - échelon 2 au cours de la même période.

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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Par exception, en cas de résiliation du présent contrat, en l'absence d'organisme assureur repreneur, 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.

20.2.2 - Pour tout nouvel arrêt de travail et décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service 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 85% du taux le plus faible parmi les taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labellisés 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 repreneur, 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.

20.3 - 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° de l'article R.132-3-1 du Code des assurances.

Article 21 - Risques exclus et causes de déchéance

21.1. 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 raison professionnelle, telle que publiée sur le site du ministère des Affaires étrangères français.

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

Sont exclus des garanties incapacité de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré.

21.3 - 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.

CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 22 - 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 utile.

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 23 - 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.

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

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 le 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 la situation de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

Article 24 – Réclamations et litiges

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 Adhérent : 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) : <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.

Article 25 – Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

Article 26 – 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

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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. Par ailleurs, des données personnelles, rigoureusement minimisées, sont communiquées à la Commission de la branche professionnelle en application de l'obligation légale de l'établissement d'un compte client.

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.

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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

Article 27 - 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 actes 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 ou l'envoi recommandé électronique, 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 28 - Subrogation

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

Article 29 - 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 30 - 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 versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

Article 31 - Dispositions relatives à la signature électronique

31.1 - 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.

31.2 - 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

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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.

31.3 - 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.

31.4 - Modalités de la signature électronique

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 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.

31.5 - 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.

31.6 - Force probante du document signé électroniquement

Les organismes assureurs 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 L.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.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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.

31.7 - 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.

II - CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps judiciairement et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

Concubin

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). La vie commune telle que définie ci-dessus doit être d'une durée d'au minimum 2 ans. Toutefois, aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Partenaire de 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.

Invalidité absolue et définitive

On entend par invalidité absolue et définitive, l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

- l'invalidité de 3ème catégorie définie à l'article L.341-4 3° du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- l'incapacité permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 100 %.

Franchise

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre au service des prestations.

CHAPITRE IX - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Article 32 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

32.1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 33.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital décès toutes causes met fin à la garantie décès toutes causes.

32.2 - Montant du capital

Situation de famille	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence	
	Tranche 1	Tranche 2 limitée à 4 PASS
Toute personne assurée	100 %	100 %

Article 33 - Bénéficiaires des prestations

33.1 - Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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 assureur 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 un avenant signé de l'organisme assureur, de l'assuré et du 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 assureur 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 ;

II - CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE suite

- à défaut au partenaire de PACS ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut au concubin ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut à ses enfants vivants ou représentés, reconnus ou adoptifs, par parts égales entre eux ;
- à défaut de descendants directs, aux parents survivants et, à défaut de ceux-ci, aux grands parents survivants, par parts égales entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

33.2 - Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même.

Article 34 - Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 22.

CHAPITRE X - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Article 35 - Objet de la garantie

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

Article 36 - Point de départ de l'indemnisation Maladie ou accident de la vie courante

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de **93 jours d'arrêt de travail continu** reconstituée à chaque arrêt de travail (sauf rechute).

Maladie professionnelle ou accident de travail

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de **90 jours d'arrêt de travail continu** reconstituée à chaque arrêt de travail (sauf rechute).

Article 37 - Montant des prestations garanties

37.1 - Conditions de prise en charge

En cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, il est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant représente :

- **74,5 % du salaire de référence tranche 1 et tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale.**

De ce montant sont à déduire les prestations brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale,

et la fraction de salaire dont la garantie incombe à l'employeur au titre de son obligation de maintien de salaire.

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

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

37.2 - Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu à l'article 22 des présentes conditions générales.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 19 des présentes conditions générales.

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites (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 le présent contrat.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières de la Sécurité sociale seraient suspendues (notamment suite à contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie), aucune indemnité journalière complémentaire ne sera versée au titre du présent contrat, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale.

Article 38 - Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières à l'assuré,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré,
- en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Article 39 - Rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale, ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité, 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 :

II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE suite

- 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 40 – Conditions de règlement des prestations

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 figurant en annexe.

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 XI – GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Article 41 – Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dont le montant est défini comme suit :

Catégorie d'invalidité	Montant en pourcentage du salaire de référence tranche 1 et tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale
3 ^e catégorie Sécurité sociale	74.5 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	70 %

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

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. »

Article 42 – Garantie incapacité permanente professionnelle

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 %, il est versé à l'assuré une rente d'un montant annuel de :

- 74,5 % du salaire de référence tranche 1 et tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente professionnelle d'un taux inférieur à 66 % n'est pas assurée au titre du présent contrat.

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 66 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Article 43 – Point de départ du service des prestations

Les pensions d'invalidité ou les rentes 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.

II - CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE suite

Article 44 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes ou des pensions 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 66 %,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Article 45 - Conditions de règlement des prestations

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées 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 figurant en annexe.

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

ANNEXE 1 PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations.

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire	Invalidité	Décès IAD
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur	✓	-	-
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	✓	-	-
En cas de temps partiel thérapeutique, attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	✓	-	-
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	✓	✓	✓
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle signée par le représentant qualifié de votre employeur	-	✓	-
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale	-	✓	-
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée	-	✓	-
Demande de capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de votre employeur	-	-	✓
Acte de décès (bulletin de décès)	-	-	✓
Titre de pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale	-	-	✓
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt	-	-	✓
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit	-	-	✓
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit	-	-	✓
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier	-	-	✓
Copie de votre dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui de votre concubin ou partenaire PACS	-	-	✓
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation	-	-	✓
Justificatifs en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations	-	-	✓
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage	-	✓	-
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins	-	-	✓
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone...)	-	-	✓
S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du PACS, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois	-	-	✓

ANNEXE 2 MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 12 des conditions générales peuvent demander à bénéficier, à titre facultatif, à compter de la date de suspension de leur contrat de travail, du maintien des garanties décès pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information de l'assuré sur ce maintien facultatif incombe au souscripteur.

Condition de mise en œuvre

La demande de l'assuré doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire du souscripteur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Au-delà de ce délai, l'assuré ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

Durée et modalités du maintien des garanties

Le dispositif de maintien des garanties décès entre en application à compter de la date de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'assuré concerné,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de cessation de son contrat de travail,
- à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Prestations

Les garanties et prestations décès maintenues sont identiques à celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini aux conditions générales, et qui précède la date du début de suspension du contrat de travail.

Cotisations

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale (hors avantages en nature) des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail tranche 1 et tranche 2 limitée à 4 plafonds de la Sécurité sociale, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables supplémentaires au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles (part patronale et salariale) doit être réglé par l'assuré par chèque à l'organisme assureur, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

A défaut de paiement des cotisations, l'assuré est radié et ne pourra plus bénéficier du maintien des garanties.



26340289

Assureurs 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