

PRODUITS LIBRES

PRÉVOYANCE COLLECTIVE
À ADHÉSION OBLIGATOIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

Les entreprises ou les structures associatives, relevant du champ d'application d'une Convention collective, peuvent souscrire à l'une des offres de prévoyance dédiée à cette convention, proposée et assurée par Mutex, ou à plusieurs d'entre elles lorsque les offres proposées se complètent ou ne sont pas destinées à la même catégorie assurée.

Un contrat collectif à adhésion obligatoire est mis en place selon le choix effectué par l'entreprise ou la structure associative.

Ce contrat est composé des présentes conditions générales, et des conditions particulières accompagnées d'une ou plusieurs annexes de garanties, ces dernières prévalant sur les présentes conditions générales.

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 obligatoirement jointes déterminent notamment la ou les catégories assurée(s), l'offre ou les offres souscrites, la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation appliqués.

Une annexe de garanties pour chaque offre est obligatoirement jointe aux conditions particulières.

L'annexe de garanties définit les garanties de l'offre souscrite par l'entreprise ou la structure associative, les montants des prestations, le personnel assuré, et le cas échéant des dispositions dérogatoires et/ou complémentaires aux présentes conditions générales.

Les entreprises ou les structures associatives peuvent compléter leur choix postérieurement à la date d'effet du contrat, lorsque les offres proposées se complètent ou ne sont pas destinées à la même catégorie assurée. Dans ce cas, un avenant au contrat est établi, et mentionne notamment la date de prise d'effet, la ou les catégories assurée(s), l'ensemble des offres souscrites et les taux de cotisation appliqués.

Chaque offre de prévoyance dédiée à une même convention collective fait l'objet d'une mutualisation des résultats de l'ensemble des contrats souscrits au titre de l'offre. Toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble des contrats.

Sommaire

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4		
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT	4		
⊗ Article 1 - Objet du contrat	4		
⊗ Article 2 - Intervenants au contrat	4		
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	4		
⊗ Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement	4		
⊗ Article 4 - Obligations de l'organisme assureur	4		
⊗ Article 5 - Obligations du souscripteur	4		
⊗ Article 6 - Révision du contrat	5		
⊗ Article 7 - Résiliation	5		
CHAPITRE III - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	6		
⊗ Article 8 - Engagements de l'organisme assureur	6		
⊗ Article 9 - Financement de la prise en charge des sinistres en cours	8		
CHAPITRE IV - DURÉE DES GARANTIES	8		
⊗ Article 10 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation	8		
⊗ Article 11 - Terme des garanties	8		
⊗ Article 12 - Suspension des garanties	8		
⊗ Article 13 - Maintien des garanties et des prestations	8		
CHAPITRE V - COTISATIONS	10		
⊗ Article 14 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	10		
⊗ Article 15 - Conditions de paiement des cotisations	10		
⊗ Article 16 - Exonération du paiement des cotisations	10		
⊗ Article 17 - Défaut de paiement des cotisations	10		
CHAPITRE VI - PRESTATIONS	11		
⊗ Article 18 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	11		
⊗ Article 19 - Principe indemnitaire	11		
⊗ Article 20 - Revalorisations	11		
⊗ Article 21 - Risques exclus et causes de déchéance	12		
CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES	12		
⊗ Article 22 - Contrôles	12		
⊗ Article 23 - Litiges Médicaux	13		
⊗ Article 24 - Réclamations et médiation	13		
⊗ Article 25 - Organisme de contrôle	13		
⊗ Article 26 - Protection des données à caractère personnel	13		
⊗ Article 27 - Fausse déclaration intentionnelle	14		
⊗ Article 28 - Prescription	14		
⊗ Article 29 - Subrogation	14		
⊗ Article 30 - Traitement des prestations décès non réclamées	14		
⊗ Article 31 - Territorialité	14		
⊗ Article 32 - Dispositions relatives à la signature électronique	14		
II - CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	16		
CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS	16		
CHAPITRE IX - GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	16		
⊗ Article 33 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	16		
⊗ Article 34 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident	16		
⊗ Article 35 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident du travail	17		
⊗ Article 36 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident de la circulation	17		
⊗ Article 37 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident survenu au cours d'un déplacement professionnel	17		
⊗ Article 38 - Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du dernier parent	17		
⊗ Article 39 - Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	17		
⊗ Article 40 - Capital en cas de décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge	17		
⊗ Article 41 - Bénéficiaires des prestations	17		
⊗ Article 42 - Conditions de règlement des prestations	18		
CHAPITRE X - GARANTIE OBSÈQUES	18		
⊗ Article 43 - Objet de la garantie et montant de la prestation	18		
⊗ Article 44 - Bénéficiaires des prestations	18		
⊗ Article 45 - Conditions de règlement des prestations	18		
CHAPITRE XI - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	18		
⊗ Article 46 - Rente éducation de base	18		
⊗ Article 47 - Allocation complémentaire d'orphelin	18		
⊗ Article 48 - Allocation complémentaire en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	18		
⊗ Article 49 - Rente temporaire substitutive de conjoint	18		
⊗ Article 50 - Capital décès ou IAD substitutif	18		
⊗ Article 51 - Conditions de règlement des prestations	19		
⊗ Article 52 - Terme de l'indemnisation	19		
CHAPITRE XII - GARANTIE RENTE HANDICAP	19		
⊗ Article 53 - Objet de la garantie	19		
⊗ Article 54 - Montant de la rente	19		
⊗ Article 55 - Reconnaissance de l'état de handicap	19		
⊗ Article 56 - Conditions de règlement des prestations	19		
⊗ Article 57 - Terme de l'indemnisation	19		
CHAPITRE XIII - GARANTIE RENTE DE CONJOINT	19		
⊗ Article 58 - Rente de conjoint viagère	19		
⊗ Article 59 - Rente de conjoint temporaire	19		
⊗ Article 60 - Allocation d'orphelin	20		
⊗ Article 61 - Allocation en cas du décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	20		
⊗ Article 62 - Capital décès substitutif	20		
⊗ Article 63 - Rente temporaire substitutive d'éducation	20		
⊗ Article 64 - Conditions de règlement des prestations	20		
⊗ Article 65 - Terme de l'indemnisation	20		
CHAPITRE XIV - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	20		
⊗ Article 66 - Objet de la garantie	20		
⊗ Article 67 - Point de départ de l'indemnisation	20		
⊗ Article 68 - Montant des prestations garanties	20		
⊗ Article 69 - Terme de l'indemnisation	21		
⊗ Article 70 - Rechute	21		
⊗ Article 71 - Conditions de règlement des prestations	21		
CHAPITRE XV - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	21		
⊗ Article 72 - Garantie invalidité	21		
⊗ Article 73 - Garantie incapacité permanente professionnelle	21		
⊗ Article 74 - Montant des prestations	22		
⊗ Article 75 - Point de départ du service des prestations	22		
⊗ Article 76 - Terme de l'indemnisation	22		
⊗ Article 77 - Conditions de règlement des prestations	22		
ANNEXE 1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	23		

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 la ou les catégories de salariés expressément désignée(s) aux conditions particulières, tels que définis à l'article 2 ci-après, des garanties de prévoyance définies en annexe(s) des conditions particulières.

Il est composé des présentes conditions générales, et des conditions particulières accompagnées d'une annexe de garanties, ou de plusieurs annexes de garanties si plusieurs offres ont été souscrites, ces dernières prévalant sur les présentes conditions générales.

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 accompagnées de son annexe de garanties ou de plusieurs, 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 :

• l'organisme assureur :

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.

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

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

• **le souscripteur** : la personne morale signataire des conditions particulières, relevant du champ d'application de la convention collective mentionnée aux conditions particulières.

• **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, appartenant à la ou les catégories de personnel telles que mentionnées aux conditions particulières, 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. Il peut également être résilié 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, un résumé des garanties accompagné d'une ou de plusieurs annexes de garanties, destinés à chaque assuré, qui définissent les garanties prévues par le présent contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur et les montants des prestations 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 et du résumé des garanties accompagné de l'annexe de garanties ou de plusieurs, établis 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 ou/et un nouveau résumé des garanties accompagné d'une nouvelle annexe de garanties ou de plusieurs.

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

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

5.1. À la souscription

• Un état nominatif du personnel à assurer, par catégorie professionnelle si le contrat assure plusieurs catégories de salariés, 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 (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant),

- 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 bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat, lorsque les garanties sont assurées au titre 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, par catégorie professionnelle si le contrat assure plusieurs catégories de salariés, 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.

En cas de souscription d'une offre complémentaire en cours d'exercice, le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur, une liste des personnes se trouvant, au jour de la date d'effet de cette offre, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 5.1, et survenues antérieurement à cette date.

Si l'offre ou les offres souscrites n'assurent pas les garanties incapacité temporaire et/ou invalidité et/ou incapacité permanente professionnelle et qu'elles sont souscrites auprès d'un autre organisme assureur, le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur, au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année, la liste des assurés en arrêt de travail au 30 octobre, **y compris dans l'hypothèse où le contrat aurait été résilié avec prise d'effet au 31 décembre de l'année considérée**, indiquant pour chaque assuré :

- ses nom et prénoms ;
- sa date de naissance ;
- la date du début de l'arrêt de travail et la date éventuelle du passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle ;
- le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant la date d'arrêt de travail.

Ces éléments sont indispensables pour assurer le maintien des garanties décès en cas de résiliation du présent contrat, ou en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré.

Faute de déclaration de la part du souscripteur, l'organisme assureur ne sera pas en mesure de pouvoir assurer le maintien des garanties décès tel que défini aux articles 13.2 et 13.3 ci-après.

5.3. En cas de changement affectant le périmètre assurable

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

En cas de modification du périmètre à couvrir, notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou structure associative, 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 dispositions postérieurement à la date d'effet du présent contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur.

Toute instauration ou augmentation de taxe, contribution ou prélèvement social de toute nature mis en place postérieurement à la date d'effet du contrat pourra faire l'objet d'une augmentation de la cotisation sans qu'un avenant au contrat soit nécessaire.

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

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra 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 et/ou 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 de la même offre de prévoyance dédiée à la même convention collective, conformément 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.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la convention collective mentionnée aux conditions particulières, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise ou de sa structure associative.

CHAPITRE III

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

La prise en charge des sinistres en cours s'organise offre par offre, chaque offre étant définie au sein d'une annexe de garanties.

🕒 Article 8 - Engagements de l'organisme assureur

En application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 5 ci-avant, dans les conditions suivantes **sauf mention contraire prévue en annexe aux conditions particulières**.

8.1. Si l'offre définie à l'annexe de garanties couvre les garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle

8.1.1 Concernant les assurés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, et sous réserve que ces salariés soient assurés au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité-incapacité permanente professionnelle), et non couverts pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective, ou couverts 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 le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, dès sa date d'effet, et dans les conditions d'assurance prévues au contrat.

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

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 contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, 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 de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès définie en annexe de garanties de l'offre souscrite, 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 contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet de cette offre, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet de l'offre souscrite, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

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

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, 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 de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge des garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre souscrite.

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

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

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, 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 de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie en annexe de garanties de l'offre souscrite,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès définie en annexe de garanties de l'offre souscrite, 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 contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet de cette offre, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet de l'offre souscrite, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

8.1.3 Concernant les bénéficiaires de rentes éducation, handicap et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet de l'offre souscrite, si l'offre assure l'une ou plusieurs de ces garanties

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, les revalorisations futures des rentes prévues en annexe de garanties de cette offre, et en cours de service au jour de la date d'effet de l'offre souscrite, aux bénéficiaires dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent.

8.2. Si l'offre définie à l'annexe de garanties, couvre uniquement des garanties décès

8.2.1 Concernant les assurés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, non couverts au titre d'un contrat de prévoyance collective, ou couverts 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 le droit à la prise en charge intégrale des garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, dès sa date d'effet, et dans les conditions d'assurance prévues au contrat.

8.2.2 Concernant les assurés 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 de l'offre souscrite

En présence d'un contrat ou de plusieurs souscrits antérieurement, ou d'une offre souscrite auprès de Mutex (dite offre principale) antérieurement, et couvrant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et/ou incapacité permanente professionnelle et décès

- Lorsque le ou les contrats précédents sont résiliés, ou lorsque les garanties décès du précédent contrat sont résiliées, l'organisme assureur leur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, le montant de la prestation de chaque garantie décès définie en annexe de garanties de cette offre, sous déduction du ou des montants pris en charge au titre du ou des précédents contrats pour cette même garantie.

Si l'une ou plusieurs garanties décès de l'offre souscrite n'étaient pas assurées aux précédents contrats, l'organisme assureur leur garantit, dès la date d'effet de cette offre et dans les conditions d'assurance prévues au contrat, le droit à la prise en charge intégrale de ces garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre souscrite.

- Lorsque le ou les contrats précédents ne sont pas résiliés, ou qu'une offre principale a été souscrite antérieurement, l'organisme assureur leur garantit, dès la date d'effet de l'offre décès souscrite et dans les conditions d'assurance prévues au contrat, le droit à la prise en charge intégrale des garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre décès souscrite.

Toutefois, si les salariés et anciens salariés portables sont bénéficiaires de prestations complémentaires au titre d'un contrat résilié, et antérieurement à la date d'effet du ou des contrats précédents toujours en vigueur ou de l'offre principale, l'organisme assureur, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, leur garantit, le cas échéant, le différentiel de chaque prestation décès défini au paragraphe ci-après, duquel est retranché l'éventuel montant pris en charge au titre du ou des contrats toujours en vigueur ou de l'offre principale pour chaque prestation (c'est-à-dire la différence entre le ou les montants de la prestation prévus aux contrats toujours en vigueur ou de l'offre principale et celui du contrat précédent résilié).

Le différentiel de chaque prestation décès correspond à la différence entre :

- le montant de la prestation décès prévu au titre du ou des contrats toujours en vigueur ou de l'offre principale, auquel s'ajoute le montant de la prestation décès définie en annexe de garanties de l'offre décès souscrite

et

- le montant de la prestation décès prévu au titre du contrat précédent résilié.

Si l'une ou plusieurs garanties décès de l'offre souscrite n'étaient pas assurées au précédent contrat résilié, et aux précédents contrats toujours en vigueur ou à l'offre principale, l'organisme assureur leur garantit, le droit à la prise en charge intégrale de ces garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, dès sa date d'effet, et dans les conditions d'assurance prévues au contrat.

Si l'une ou plusieurs garanties décès de l'offre souscrite étaient assurées au précédent contrat résilié, et non assurées aux précédents contrats toujours en vigueur ou à l'offre principale, l'organisme assureur leur garantit, le montant de la prestation de chaque garantie décès définie en annexe de garanties de l'offre souscrite, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat résilié ou de l'offre principale pour cette même garantie.

En présence d'un contrat souscrit antérieurement couvrant uniquement les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et/ou incapacité permanente professionnelle

L'organisme assureur leur garantit le droit à la prise en charge des garanties décès définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, dès sa date d'effet, et dans les conditions d'assurance prévues au contrat.

8.2.3 Concernant les bénéficiaires de rentes éducation, handicap et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet de l'offre souscrite, si l'offre assure l'une ou plusieurs de ces garanties

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, les revalorisations futures des rentes assurées en annexe de garanties de cette offre, et en cours de service au jour de la date d'effet de l'offre souscrite, aux bénéficiaires dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent.

8.3. Si l'offre définie à l'annexe de garanties couvre les garanties incapacité temporaire de travail et/ou invalidité et/ou incapacité permanente professionnelle

8.3.1 Concernant les assurés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, et sous réserve que ces salariés soient assurés au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité-incapacité permanente professionnelle), et non couverts pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective, ou couverts 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 le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, dès sa date d'effet, et dans les conditions d'assurance prévues au contrat.

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

En présence d'un contrat précédent résilié assurant les garanties incapacité temporaire de travail ou/et invalidité ou/et incapacité permanente professionnelle ou/et décès

L'organisme assureur garantit, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, 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, pour les garanties définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet de cette offre, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,

- le droit à la prise en charge de la ou des garanties non assurées au titre du précédent contrat et définies en annexe de garanties de l'offre souscrite.

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

En présence d'une offre souscrite auprès de Mutex assurant les garanties incapacité temporaire de travail ou/et invalidité ou/et incapacité permanente professionnelle ou/et décès (dite offre principale)

- Si les salariés et anciens salariés bénéficient de prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle au titre de l'offre principale

L'organisme assureur garantit 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, dès sa date d'effet, et dans

les conditions d'assurance prévues au contrat, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies en annexe de garanties de l'offre souscrite, pour les sinistres résultant de l'événement ayant donné lieu à prestations au titre de l'offre principale pour les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

- Si les salariés et anciens salariés bénéficient de prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle au titre d'un précédent contrat résilié

L'organisme assureur garantit, au titre de l'offre principale, dans les conditions prévues au contrat, à compter de la date d'effet de cette offre, à ces salariés et anciens salariés dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet de l'offre principale, les revalorisations futures, pour les garanties assurées au titre de cette offre, des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet de l'offre principale, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent.

Pour les prestations périodiques concernant des garanties définies en annexe de garanties de l'offre souscrite et non assurées au titre de l'offre principale, l'organisme assureur garantit, au titre du contrat, dans les conditions prévues par ce dernier, à compter de la date d'effet de l'offre souscrite, à ces salariés et anciens salariés, les revalorisations futures des prestations périodiques de ces garanties en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet de l'offre souscrite, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent.

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,
- en cours d'exercice en cas de souscription d'une offre complémentaire postérieurement à la date d'effet du contrat conformément à l'article 5.2.

⊕ Article 9 - Financement de la prise en charge des sinistres en cours

La prise en charge des sinistres en cours sera conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique par le souscripteur, déterminée selon l'appréciation du risque. Son financement sera formalisé aux conditions particulières, et en cas de souscription d'une offre complémentaire postérieurement à la date d'effet du contrat, par voie d'avenant au contrat.

Lors d'un transfert de personnes dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou structure associative, 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, si le contrat assure qu'une catégorie de personnel,

sous réserve d'avoir été déclarée à l'organisme gestionnaire

dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

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

Seuls les sinistres en cours déclarés conformément à l'article 5 et ayant fait l'objet d'une tarification par l'organisme assureur donneront lieu à prise en charge, dans les conditions décrites au chapitre III des présentes conditions générales.

⊕ 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, si le contrat assure une seule catégorie de personnel,
- 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 par l'employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.).

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

La suspension 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 gestionnaire 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 gestionnaire de la déclaration de l'employeur.**

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

⊕ Article 13 - Maintien des garanties et des prestations

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 (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

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 ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

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 ou définitive d'un assuré, est maintenu pour les salariés ou anciens salariés, bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, ou dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du présent contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce :

- au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du présent contrat pour les salariés,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits pour les anciens salariés.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat, ou à la date de cessation du contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies à l'article « Revalorisations ».

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

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

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

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 bénéficiaire 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 gestionnaire, 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 gestionnaire 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 gestionnaire, 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.

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 à la date de 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

Dès lors que la garantie incapacité temporaire est souscrite et a pour objet de compléter en montant et en durée le maintien de salaire servi par l'employeur au titre de son obligation légale ou conventionnelle, afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de l'employeur, légales ou conventionnelles, sont reconstituées** sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

De même, si les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant sont couverts au titre de la garantie incapacité temporaire, la prestation maintenue sera calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

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,
- 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 gestionnaire 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 servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières.

On entend par :

- tranche 1 : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche 2 : partie du salaire annuel brut comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,

- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article 13.1 des présentes conditions générales, le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

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 de la même offre de prévoyance dédiée à la même convention collective, 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 gestionnaire, 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 gestionnaire, 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 15 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 - Salaire de référence servant de base au calcul des prestations

- Si les prestations définies à l'annexe de garanties sont exprimées en pourcentage du **salaire de référence**, 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 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) ayant donné lieu à cotisation au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

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

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.

- Si les prestations définies à l'annexe de garanties sont exprimées en pourcentage du **salaire de référence net**, le salaire de référence est le **salaire net à payer** fixe versé par l'employeur à l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

On entend par salaire net à payer fixe, le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales salariales.

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

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

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

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

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.

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

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

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme gestionnaire 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 gestionnaire 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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale, sous réserve qu'ils soient assurés et indemnisés par le contrat) 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 appliqué 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 de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex 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.

20.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

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 de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année précédente, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.

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

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

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 font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^o de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

20.4. Revalorisation des arrrages de rentes et des allocations dus entre le décès ouvrant droit à prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations.

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

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrrage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 20.2.

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

🕒 Article 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 du 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 de l'Europe et des Affaires étrangères français.

Pour les garanties double effet et allocations en cas du décès du dernier parent, le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Pour les garanties double effet et allocations en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, et décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge, le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge se voient également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

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. Exclusions concernant le décès accidentel, l'invalidité absolue définitive accidentelle, et les frais obsèques

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

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L. 6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré,
- d'agressions commises par l'assuré, de luttes ou rixes auxquelles participe l'assuré sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que l'assuré y participe,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Pour la garantie « obsèques », le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge de l'assuré se voient également appliquer les exclusions de risques définis ci-dessus.

21.4. Déchéance de garantie

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 utiles.

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

🕒 Article 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 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 médiation

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

- **par courrier auprès du Service Qualité Relation 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/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 décédés non réglés - le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption - la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques - répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ⓣ Article 27 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

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

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

Ⓣ Article 28 - 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 fausse 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 29 - Subrogation

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

Ⓣ Article 30 - Traitement des prestations décédées 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 31 - 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 32 – Dispositions relatives à la signature électronique

32.1. 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.

32.2. Définitions

Signature électronique

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

Support durable

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

Tiers de confiance

Désigne le prestataire délivrant le service de signature électronique.

Représentant du souscripteur

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

32.3. 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.

32.4. 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.

32.5. 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.

32.6. Force probante du document signé électroniquement

L'organisme assureur et le souscripteur reconnaissent que tout document ayant fait l'objet d'une signature électronique :

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

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

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

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

32.7. 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

⊗ Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, a été légalement établie :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un Pacs, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondant aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

⊗ Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge les personnes vivant sous le toit de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévues à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

⊗ Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable à condition qu'elle soit transcrite à l'état civil) 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).

⊗ 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 définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 3^e du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- l'incapacité Permanente, définie à l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

⊗ 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 GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

⊗ Article 33 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, un capital est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

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

⊗ Article 34 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle de l'assuré, un capital supplémentaire est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

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

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

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

🕒 Article 35 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident du travail

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnu comme tel par la Sécurité sociale, un capital supplémentaire est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

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

🕒 Article 36 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident de la circulation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, résultant d'un accident de la circulation, un capital supplémentaire est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

On entend par accident de la circulation celui dont l'assuré est victime soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton, soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

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

🕒 Article 37 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident survenu au cours d'un déplacement professionnel

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré résultant d'un accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, un capital supplémentaire est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Est considéré comme déplacement professionnel, le déplacement temporaire d'un assuré dans le cadre de son activité professionnelle en dehors de son lieu de travail habituel, et pour lequel l'employeur a formalisé le déplacement par la signature d'un ordre de mission.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital pour accident survenu au cours d'un déplacement professionnel met fin à la garantie.

🕒 Article 38 - Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du dernier parent

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, il est versé au profit des enfants à charge :

- un capital réparti à parts égales entre eux,
- ou/et une allocation à chacun d'entre eux,

dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieure, les enfants qui étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès ou invalidité absolue et définitive, et qui sont à la charge du dernier parent au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive sous réserve qu'ils remplissent à cette

date les conditions d'âge et/ou de situation définies aux présentes conditions générales, ou par dérogation en annexe de garanties de l'offre souscrite.

Le service de l'allocation prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Le versement par anticipation du capital double effet, en cas d'invalidité absolue et définitive du dernier parent, met fin à la garantie capital double effet.

Le versement par anticipation des allocations, en cas d'invalidité absolue et définitive du dernier parent, met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie allocation double effet.

🕒 Article 39 - Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de celui-ci, il est versé au profit des enfants à charge :

- un capital réparti à parts égales entre eux,
- ou/et une allocation à chacun d'entre eux,

dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieure, les enfants qui étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès ou invalidité absolue et définitive, et qui sont à la charge du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive, sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies aux présentes conditions générales, ou par dérogation en annexe de garanties de l'offre souscrite.

Le service de l'allocation prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Le versement par anticipation du capital double effet, en cas d'invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, met fin à la garantie capital double effet.

Le versement par anticipation des allocations, en cas d'invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'assuré, met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie allocation double effet.

🕒 Article 40 - Capital en cas de décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge

En cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, un capital est versé à l'assuré dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Article 41 - Bénéficiaires des prestations

41.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes et d'origine accidentelle

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

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

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

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

- soit par 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 gestionnaire pour lui être opposable.

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

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

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires des majorations éventuelles du capital pour enfant ou personne à charge, dès lors qu'elles sont prévues en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites, versée lors du décès de l'assuré sont les enfants ou personnes à charge à parts égales entre eux.

41.2. Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes et d'origine accidentelle

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même, à l'exception des majorations éventuelles pour enfant ou personne à charge (versées aux intéressés).

41.3. Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital ou de l'allocation au titre du double effet sont les enfants à charge, le capital étant réparti à parts égales entre eux, l'allocation étant versée à chacun d'entre eux.

41.4. Bénéficiaire du capital en cas de décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge

Le bénéficiaire du capital en cas de décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge est l'assuré lui-même.

🕒 Article 42 - 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 des présentes conditions générales et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 22.

L'allocation au titre du double effet est versée par quart trimestriellement à terme échu à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe des présentes conditions générales, et sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire remplit toujours les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits.

CHAPITRE X GARANTIE OBSÈQUES

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

🕒 Article 43 - Objet de la garantie et montant de la prestation

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès de l'assuré, de son conjoint, de son concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, d'une indemnité pour frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées hors frais de concession, dans la limite du montant fixé en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites au profit des bénéficiaires tels que définis à l'article ci-après.

🕒 Article 44 - Bénéficiaires des prestations

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

🕒 Article 45 - Conditions de règlement des prestations

Les prestations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de 30 jours à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales.

CHAPITRE XI GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

🕒 Article 46 - Rente éducation de base

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

La qualité d'enfant à charge tel que défini au chapitre VIII des présentes conditions générales s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

🕒 Article 47 - Allocation complémentaire d'orphelin

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, ou lorsque les enfants deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, une allocation complémentaire annuelle est versée à chaque enfant à charge. Son montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des allocations met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

🕒 Article 48 - Allocation complémentaire en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, une allocation complémentaire annuelle est versée à chaque enfant à charge. Son montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des allocations met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

🕒 Article 49 - Rente temporaire substitutive de conjoint

Lorsque l'assuré n'a pas d'enfant à charge, il est versé, en lieu et place de la rente éducation, au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour du décès ou invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes substitutives de conjoint met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

🕒 Article 50 - Capital décès ou IAD substitutif

Lorsque l'assuré n'a pas d'enfant à charge, il est versé un capital décès ou invalidité absolue et définitive substitutif, en lieu et place de la rente éducation, en complément du (ou des) capital (capitaux) décès ou IAD prévu(s) au chapitre IX, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis aux articles 41.1 et 41.2. Son montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Si la garantie rente temporaire substitutive de conjoint est également assurée, le capital décès ou invalidité absolue et définitive substitutif n'est versé que lorsque l'assuré, au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive, est célibataire, veuf ou définitivement divorcé, et n'a pas d'enfant à charge.

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

🕒 Article 51 - Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme échu et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

🕒 Article 52 - Terme de l'indemnisation

Rente éducation

Le service des rentes éducation (y compris des allocations complémentaires) prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et au plus tard à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale à taux plein,
- et en tout état de cause au jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XII GARANTIE RENTE HANDICAP

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

🕒 Article 53 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré quelle qu'en soit la cause, le versement d'une rente handicap viagère au bénéfice de chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquiescer une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal

et ce, par référence à l'article 199 septies du Code général des Impôts.

🕒 Article 54 - Montant de la rente

Le montant de la rente handicap est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes handicap met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

🕒 Article 55 - Reconnaissance de l'état de handicap

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous

enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont il est atteint.

En outre, le médecin conseil se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu l'impossibilité de travailler,
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

🕒 Article 56 - Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme échu et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales, sous réserve de la décision favorable du médecin conseil.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

🕒 Article 57 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes handicap prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits et en tout état de cause du jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XIII GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

🕒 Article 58 - Rente de conjoint viagère

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente viagère au profit du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour du décès de l'assuré, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

🕒 Article 59 - Rente de conjoint temporaire

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites, au profit du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs de l'assuré (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès de l'assuré) ne bénéficiant pas d'une pension de réversion du régime de retraite complémentaire (Agirc-Arrco) de l'assuré décédé.

Leurs droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution, prévues par le régime de retraite complémentaire de la pension de réversion (notamment de l'âge à partir duquel leurs droits à pension de réversion du régime de retraite complémentaire sont ouverts).

Les conditions d'ouverture du droit au bénéfice de la prestation applicables au partenaire de Pacs ou concubin sont les mêmes que celles prévues pour le conjoint.

Si la rente de conjoint viagère n'est pas assurée, la rente temporaire est versée au profit du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour du décès sans condition.

⊗ Article 60 - Allocation d'orphelin

En cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, bénéficiaire de la rente de conjoint, survenu dans les douze mois suivant le décès de l'assuré, une allocation annuelle d'orphelin est versée à chaque enfant à charge, dans les conditions définies en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

⊗ Article 61 - Allocation en cas du décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, bénéficiaire de la rente de conjoint, survenu dans les douze mois suivant le décès de l'assuré, une allocation annuelle est versée à chaque enfant à charge, dans les conditions définies en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

⊗ Article 62 - Capital décès substitutif

Lorsque l'assuré est célibataire, veuf ou définitivement divorcé au moment de son décès, il est versé un capital décès substitutif, en lieu et place de la rente de conjoint, en complément du (ou des) capital (capitaux) décès prévu(s) au chapitre IX, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 41.1. Son montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Si la garantie rente temporaire substitutive d'éducation est également assurée, le capital décès substitutif n'est versé que lorsque l'assuré, au moment de son décès, est célibataire, veuf ou définitivement divorcé, et n'a pas d'enfant à charge.

⊗ Article 63 - Rente temporaire substitutive d'éducation

Lorsque l'assuré, au moment de son décès, est célibataire, veuf ou définitivement divorcé, et a au moins un enfant à charge, une rente éducation temporaire est versée à chaque enfant à charge, en lieu et place de la rente de conjoint, dont le montant annuel est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

⊗ Article 64 - Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme échu sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales.

Les bénéficiaires des rentes sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

⊗ Article 65 - Terme de l'indemnisation

Rente viagère

Le service des rentes viagères prend fin à dater du jour du décès du bénéficiaire.

Rente temporaire

Le service des rentes temporaires prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour du décès du bénéficiaire.

Si la garantie rente viagère n'est pas assurée, le service des rentes temporaires de conjoint cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et au plus tard à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale à taux plein,
- et en tout état de cause au jour de son décès.

Rente temporaire substitutive d'éducation et allocation

Le service des rentes éducation et des allocations prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XIV GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

⊗ Article 66 - 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.

A condition que l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour ces assurés, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

⊗ Article 67 - Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Cette franchise peut être continue, discontinue ou s'apprécier par référence aux dispositions des obligations de maintien de salaire de l'employeur au titre de la convention collective.

Si la **franchise est continue**, la franchise est reconstituée à chaque arrêt de travail.

Si la **franchise est discontinue**, la détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées par la Sécurité sociale et non prises en charge au titre du présent contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, s'ils sont couverts au titre de la garantie, la détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues indemnisées ou non par la Sécurité sociale, et non prises en charge au titre du présent contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale définie en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, à l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires ne sont versées que si la Sécurité sociale verse elle-même ses prestations. Notamment, lorsqu'elle fait application du délai de carence de trois jours, les indemnités journalières complémentaires ne sont liquidées qu'après épuisement de ce délai de carence.

Si les indemnités sont servies au plus tôt à compter de la fin de la première période indemnisée par l'employeur, ou de la fin de son intervention, au titre de son obligation de maintien de salaire prévue par la convention collective, l'appréciation du point de départ de l'indemnisation s'effectue par référence aux dispositions prévues par la convention collective.

⊗ Article 68 - Montant des prestations garanties

68.1. 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 est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Si les indemnités journalières sont servies à compter de la fin de la première période indemnisée par l'employeur, ou de la fin de son intervention, au titre de son obligation de maintien de salaire prévue par la convention collective, il est versé, en complément

de l'indemnisation versée par la Sécurité sociale, une prestation complétant en montant et en durée le maintien de salaire servi par l'employeur au titre de son obligation prévue par la convention collective.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, aucune prestation complémentaire ne sera versée au titre du présent contrat, sauf si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant. Dans ce cas, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

68.2. Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales 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.

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 ».

Ⓣ Article 69 - 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 1095ème jour d'arrêt de travail.

Ⓣ Article 70 - Rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale est considérée comme une rechute sous réserve :

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

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

Ⓣ Article 71 - 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 des présentes conditions générales.

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.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de 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.

CHAPITRE XV GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites sont assurées au titre du contrat.

Ⓣ Article 72 - 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 en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

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^{re} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e 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. »

A condition que l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies à l'article 77, de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Ⓣ Article 73 - Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant est défini en annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites.

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, 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 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

🕒 Article 74 - Montant des prestations

Le montant de la pension d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité et s'entend hors majoration pour tierce personne.

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est déterminé selon le taux d'incapacité défini en annexe de l'offre ou des offres souscrites, et s'entend hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire en cas d'invalidité est versée en déduisant les prestations, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe des présentes conditions générales.

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 ».

🕒 Article 75 - 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.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les pensions d'invalidité sont servies à compter de la date de survenance de l'événement déterminé par le médecin conseil de l'organisme assureur.

🕒 Article 76 - 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 33 %,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, le service de la rente d'invalidité prend fin à dater soit :

- du jour où le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

🕒 Article 77 - Conditions de règlement des prestations

77.1. Modalités 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 des présentes conditions générales.

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.

77.2. Modalités de gestion spécifiques pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant

Si l'annexe de garanties de l'offre ou des offres souscrites prévoit la prise en charge de ces assurés, l'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions sont notifiées à l'assuré à qui elles s'imposent s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré, dans les conditions définies à l'article 23 des présentes conditions générales.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme assureur ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

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	Incapacité et IPP	Décès IAD	Rente Education Rente handicap	Rente de conjoint	Obsèques
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'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 l'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 l'employeur			•			
Acte de décès (bulletin de décès)			•	•	•	•
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale			•	•	•	
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 du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire Pacs			•		•	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			•	•		•
Si personne handicapée à charge, copie de la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				•		
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			•	•	•	•
Attestation de la caisse de retraite de non-paiement de la rente de réversion où figure la date prévue de début de cette rente					•	
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de l'employeur						•
Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement						•
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire				•		



2457483

Assureur des garanties :
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