

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DU COMMERCE DE
DÉTAIL DE L'HABILLEMENT ET
DES ARTICLES TEXTILES
(BROCHURE JO N°3241/ IDCC 1483)

PRÉVOYANCE
COLLECTIVE
À ADHÉSION OBLIGATOIRE



CONDITIONS GÉNÉRALES

à effet du 1^{er} janvier 2024

Salariés cadres et agents de maîtrise / Employés

Retrouvez toutes les aides sociales et les actions de prévention prévues par le fonds de solidarité de la branche du commerce de détail indépendant de l'habillement et des articles textiles.

Sur le site : **Habillement prévention - Accueil** (habillementprevention.fr)

En flashant ce QR Code



PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles ont instauré, par l'accord collectif du 19 octobre 2021 modifié en dernier lieu par l'avenant n°3 du 05 novembre 2024, un régime de prévoyance complémentaire au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises, tels que définis à l'accord, relevant du champ d'application de cet accord, en recommandant Mutex et l'Ocirp comme organismes assureurs.

Le contrat collectif à adhésion obligatoire est mis en place conformément à l'accord collectif de branche modifié. Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières obligatoirement jointes.

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

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

Seules les entreprises relevant du champ d'application de l'accord collectif de branche peuvent souscrire le contrat.

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

TABLE DES MATIÈRES

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5		
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT	5		
Article 1 - Objet du contrat	5	Conjoint	20
Article 2 - Intervenants au contrat	5	Concubin	20
		Partenaire de Pacs	20
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	5	Invalidité	20
Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement	5	Invalidité absolue et définitive	21
Article 4 - Obligations de l'organisme assureur	5	Incapacité Permanente Professionnelle égale ou supérieure à 33 %	21
Article 5 - Obligations du souscripteur	6	Franchise	21
Article 6 - Révision du contrat	7		
Article 7 - Résiliation	7	CHAPITRE IX - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	21
		Article 30 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	21
CHAPITRE III - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	7	Article 31 - Garantie double effet	21
Article 8 - Engagements des organismes assureurs	7	Article 32 - Bénéficiaires des prestations	22
		Article 33 - Conditions de règlement des prestations	22
CHAPITRE IV - DURÉE DES GARANTIES	9	CHAPITRE X - GARANTIE OBSÈQUES	22
Article 9 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation	9	Article 34 - Objet de la garantie et montant de la prestation	22
Article 10 - Terme des garanties	9	Article 35 - Bénéficiaires des prestations	22
Article 11 - Suspension des garanties	9	Article 36 - Conditions de règlement des prestations	23
Article 12 - Maintien des garanties	10	CHAPITRE XI - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	23
CHAPITRE V - COTISATIONS	12	Article 37 - Rente éducation de base	23
Article 13 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	12	Article 38 - Allocation complémentaire d'orphelin	23
Article 14 - Conditions de paiement des cotisations	13	Article 39 - Rente temporaire substitutive de conjoint	23
Article 15 - Exonération du paiement des cotisations	13	Article 40 - Conditions de règlement des prestations	23
Article 16 - Défaut de paiement des cotisations	13	Article 41 - Terme de l'indemnisation	23
CHAPITRE VI - PRESTATIONS	13	CHAPITRE XII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	24
Article 17 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	13	Article 42 - Objet de la garantie	24
Article 18 - Principe indemnitaire	14	Article 43 - Point de départ de l'indemnisation	24
Article 19 - Revalorisations	14	Article 44 - Montant des prestations garanties	24
Article 20 - Risques exclus et causes de déchéance	16	Article 45 - Terme de l'indemnisation	25
		Article 46 - Rechute	25
CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES	16	Article 47 - Conditions de règlement des prestations	25
Article 21 - Contrôles	16	CHAPITRE XIII - GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	25
Article 22 - Litiges Médicaux	16	Article 48 - Garantie invalidité - incapacité permanente professionnelle	25
Article 23 - Réclamations et médiation	16	Article 49 - Point de départ du service des prestations	26
Article 24 - Organisme de contrôle	17	Article 50 - Terme de l'indemnisation	26
Article 25 - Protection des données à caractère personnel	17	Article 51 - Conditions de règlement des prestations	26
Article 26 - Prescription	19		
Article 27 - Subrogation	19	ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	28
Article 28 - Traitement des prestations décès non réclamées	19	ANNEXE 2 : MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	29
Article 29 - Territorialité	19	ANNEXE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE	30
II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE	20		
CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS	20		
Enfants à charge	20		
Personnes à charge	20		

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 2 ci-après des garanties de prévoyance définies au titre II des présentes conditions générales.

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

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

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

ARTICLE 2 - INTERVENANTS AU CONTRAT

Les intervenants au présent contrat sont :

- **les organismes assureurs :**

MUTEX,

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 140, avenue de la République - 92320 Châtillon.

Assureur des garanties **décès, double effet, obsèques, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle.**

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme des actes de gestion. 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.

Et

L'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale. Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris.

Assureur des garanties **rente éducation et rente temporaire substitutive de conjoint.**

Mutex gère les garanties rente éducation et rente temporaire substitutive de conjoint au nom et pour le compte de l'Ocirp.

Les organismes assureurs sont représentés 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.

- **le souscripteur :** la personne morale signataire des conditions particulières, relevant du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles.
- **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 catégorie des cadres et agents de maîtrise (catégories A1 à D) tels que définis au I de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications, et employés (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications, 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

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

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

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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 reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information établie par Mutex et s'engage à en remettre un exemplaire à chaque assuré.

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 Mutex.

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

Le souscripteur doit adresser à Mutex les pièces suivantes :

5.1. À la souscription

- Un état nominatif du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé :
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - sa date d'embauche ;
 - sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin ou pacsé et le nombre d'enfants qu'il a à charge) telle que connue et déclarée auprès du souscripteur ;
 - son salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale.

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

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

- Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusive-ment 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 ou de conjoint, en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.
- Un état nominatif des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date de naissance ;
 - la date de cessation de son contrat de travail ;
 - le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
 - la période de maintien de garanties.

5.2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues à l'article 5.1. ;
- changement de catégorie professionnelle ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 5.1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

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

5.3. En cas de changement affectant le périmètre assurable

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

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

- une liste des personnes se trouvant, au jour de la date de cette opération ou de la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 5.1 et survenues antérieurement à cette date,
- une liste des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, dans le cas de la reprise de ces engagements par le souscripteur.

5.4. À chaque renouvellement du contrat

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

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

ARTICLE 6 - RÉVISION DU CONTRAT

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

Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par les organismes assureurs au souscripteur, préalablement négociée par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) Nationale, 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 des présentes conditions générales, conformément à l'article 13.3.

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 16 des présentes conditions générales.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles mentionnée à l'article 2, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise.

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

ARTICLE 8 - ENGAGEMENTS DES ORGANISMES ASSUREURS

Conformément aux dispositions relatives à la prise en charge des sinistres en cours prévues à l'accord collectif du 19 octobre 2021 et en application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 5.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

8.1. Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés 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 pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil de Mutex), et non assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective

Les organismes assureurs leur garantissent, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux présentes conditions générales.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

8.2. Concernant les salariés, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés 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 pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil de Mutex), et assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

Les organismes assureurs leur garantissent, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux présentes conditions générales.

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

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

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, 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 du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie,
- les montants des prestations invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat, sous déduction des montants pris en charge au titre du précédent contrat pour ces mêmes garanties, en cas de passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, s'ils perçoivent des indemnités journalières complémentaires.

Mutex garantit également, aux salariés et aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties à la date d'effet du présent contrat, s'ils perçoivent une prestation complémentaire d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, l'éventuel différentiel entre le mon-

tant de la prestation invalidité ou incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celui du précédent contrat, en cas de changement de catégorie d'invalidité ou de taux d'incapacité permanente professionnelle postérieurement à la date d'effet du présent contrat.

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

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

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, 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 aux présentes conditions générales,
- les montants des prestations invalidité et incapacité permanente professionnelle du présent contrat, sous déduction des montants pris en charge au titre du précédent contrat pour ces mêmes garanties, s'ils perçoivent des indemnités journalières complémentaires.

Mutex garantit également, aux salariés et aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties à la date d'effet du présent contrat, s'ils perçoivent une prestation complémentaire d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, l'éventuel différentiel entre le montant de la prestation invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle du présent contrat et celui du précédent contrat en cas de changement de catégorie d'invalidité ou de taux d'incapacité permanente professionnelle postérieurement à la date d'effet du présent contrat.

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

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, 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 aux présentes conditions générales,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie,
- le montant de la prestation invalidité du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie, s'ils perçoivent des indemnités journalières complémentaires.

Mutex garantit également, aux salariés et aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties à la date d'effet du présent contrat, s'ils perçoivent une prestation complémentaire d'invalidité, l'éventuel différentiel entre le montant de la prestation invalidité du présent contrat et celui du précédent contrat en cas de changement de catégorie d'invalidité postérieurement à la date d'effet du présent contrat.

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

8.4. Concernant les bénéficiaires de rentes éducation et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat

L'Ocirp garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, les revalorisations futures des rentes en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, aux bénéficiaires dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, 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.

La prise en charge par les organismes assureurs des sinistres en cours dans les conditions définies ci-avant est acquise sans contrepartie financière.

CHAPITRE IV DURÉE DES GARANTIES

ARTICLE 9 - MODALITÉS ET PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

L'affiliation prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés présents à l'effectif à cette date,
- soit à compter :
 - de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - de sa date de mobilité, pour le salarié entrant dans la catégorie visée au présent contrat,

sous réserve d'avoir été déclarée à l'organisme gestionnaire dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

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

ARTICLE 10 - TERME DES GARANTIES

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 12.2, 12.3 et 12.4 ci-après, les garanties cessent :

- 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 11 - 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,

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

- **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.

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

ARTICLE 12 - MAINTIEN DES GARANTIES

12.1. 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 15.

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

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

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

12.3. Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du présent contrat

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

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

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

Les organismes assureurs pourront 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.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

12.4. 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.

12.4.1. 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.

12.4.2. Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

Date d'effet

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

Durée

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

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 5, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties définies au présent contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;**
- **en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 12.4.5 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 12.4.1 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.

12.4.3. 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.

12.4.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur 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 17 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.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Montant des prestations maintenues

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, pour les anciens salariés qui ne satisferaient 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 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.

12.4.5. Modifications contractuelles - Résiliation

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

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

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

12.4.6. 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 13 - BASE DE CALCUL, TAUX ET RÉVISION DES COTISATIONS

13.1. 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 (équivalent à l'ancienne tranche A) : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale (équivalent à l'ancienne tranche B) : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

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 ou ayant perçu 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 12.1 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.

13.2. 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.

13.3. Révision des taux de cotisation

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

ARTICLE 14 - 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 15 - 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 16 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

Le présent contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à Mutex 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 17 - SALAIRES DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

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

17.1. Salaire de référence servant de base au calcul de la garantie Décès-IAD

Le salaire de référence servant de base au calcul de la garantie décès-IAD correspond au total des rémunérations brutes, tranches 1 et 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale pour les employés, tranche 1 pour les cadres et agents de maîtrise, perçues au cours de 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès ayant donné lieu à cotisations (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur une base annuelle.

Pour les assurés à temps partiel, le salaire de référence est reconstitué sur la base annuelle, prenant en compte la durée effective de travail, et non la base d'un temps plein.

17.2. Salaire de référence servant de base au calcul des garanties Rente éducation et Rente de conjoint substitutive

Le salaire de référence servant de base au calcul des garanties rente éducation et rente de conjoint substitutive est égal au total des rémunérations brutes perçues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois), dans la limite de la tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale incluse.

Pour les assurés à temps partiel, le salaire de référence est reconstitué sur la base annuelle prenant en compte la durée effective du travail, et n'est pas reconstitué sur la base d'un temps plein, sans pouvoir pour la rente éducation ou la rente temporaire de conjoint substitutive, être inférieur au SMIC annuel brut pour 151,67 heures de travail.

Lorsque l'assuré décédé ne bénéficie pas de 12 mois d'activité dans la branche, le salaire de référence pour le calcul de la rente éducation ou rente de conjoint substitutive est reconstitué sur une base annuelle sans pouvoir pour la rente éducation ou la rente de conjoint substitutive, être inférieure au SMIC annuel brut pour 151,67 heures de travail.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

17.3. Salaire de référence servant de base au calcul des garanties Incapacité Temporaire, Invalidité et Incapacité Permanente Professionnelle (IPP)

Le salaire de référence servant de base au calcul des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle est égal à la moyenne mensuelle des rémunérations brutes, tranches 1 et 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur une base annuelle.

17.4. Salaire de référence servant de base au calcul des prestations pour les assurés bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur

Lorsque l'assuré bénéficie ou a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (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 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.

Toutefois, lorsque l'assuré bénéficie ou a bénéficié d'indemnités d'activité partielle (de droit commun ou de longue durée) versées par l'employeur au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été mis en activité partielle, correspondant à la moyenne des rémunérations brutes soumises à cotisation au titre du présent contrat perçues par l'assuré au cours des douze mois précédant la période d'activité partielle.

Le principe de reconstitution du salaire de référence pour le calcul des prestations en cas d'activité partielle est mis en place pour une durée de deux ans, courant à compter de la prise d'effet de l'avenant n° 2 à l'accord collectif du 19 octobre 2021 ; sa prolongation éventuelle devra faire l'objet d'un examen préalable par les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés.

ARTICLE 18 - 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 19 - REVALORISATIONS

19.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

19.1.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale 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.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} novembre de chaque année :

- à hauteur de 90 % 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,
- ou si les résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats le permettent, en fonction d'un indice égal à la variation du Plafond annuel de la Sécurité sociale constatée entre la date d'application de la revalorisation de l'année précédente et celle de l'année en cours, en cas d'évolution du Plafond annuel de la Sécurité sociale, ou d'un indice d'un montant supérieur.

Cet indice est défini par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation en accord avec l'organisme assureur.

19.1.2. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation, de l'allocation complémentaire d'orphelin et de la rente temporaire de conjoint substitutive

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation, de l'allocation complémentaire d'orphelin et de la rente temporaire de conjoint substitutive est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations du salaire de référence de toutes les prestations (invalidité, incapacité permanente professionnelle, capitaux décès, rente éducation, allocation complémentaire d'orphelin et rente temporaire de conjoint substitutive) cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

19.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

19.2.1. Revalorisation des prestations incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} novembre de chaque année, à condition que l'assuré 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 :

- à hauteur de 90% 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,
- ou si les résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats le permettent, en fonction d'un indice égal à la variation du Plafond annuel de la Sécurité sociale constatée entre la date d'application de la revalorisation de l'année précédente et celle de l'année en cours,

en cas d'évolution du Plafond annuel de la Sécurité sociale, ou d'un indice d'un montant supérieur.

Cet indice est défini par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation en accord avec l'organisme assureur.

19.2.2. Revalorisation des rentes éducation, allocations complémentaires d'orphelin et des rentes temporaires de conjoint substitutives

En cours de vie du contrat, les rentes éducation, les allocations complémentaires d'orphelin et les rentes temporaires de conjoint substitutives sont revalorisées annuellement selon l'indice fixé par le Conseil d'Administration de l'OCirp.

Par principe, en cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations de toutes les prestations (incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation, allocation complémentaire d'orphelin et rente temporaire de conjoint substitutive) 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 de toutes les 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 19.2.

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

19.4. Revalorisation des arrérages 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 arrérages 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'arrérage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 19.2.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

ARTICLE 20 - RISQUES EXCLUS ET CAUSES DE DÉCHÉANCE

Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la désintégration du noyau atomique.

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 votre demande d'indemnisation.

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

CHAPITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21 - 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 22 - 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 23 - 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 :

- à **Mutex** pour les garanties rente éducation et rente temporaire de conjoint substitutive, via l'un des canaux réservés ci-dessous,
- en priorité aux services de gestion de l'organisme gestionnaire pour les autres garanties, ou à **Mutex** via l'un des canaux réservés ci-dessous.

La réclamation auprès de Mutex peut être adressée :

- soit 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 ;
- soit 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, **Mutex 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

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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 Mutex 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, la réclamation peut être adressée, selon le type de garanties aux Médiateurs des organismes définis ci-après.

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

Pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive, double effet, obsèques, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle assurées par Mutex

Mutex 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 Mutex 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.

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.

Pour les garanties rente éducation et rente temporaire de conjoint substitutive assurées par l'Ocirp

Le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations peuvent s'adresser au Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) en cas de litige portant sur le présent contrat. Cette faculté est limitée à deux saisines par an.

Le Médiateur de la protection sociale ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, des déci-

sions d'augmentation des cotisations ni les procédures de recouvrement des cotisations.

La proposition de solution rendue par le Médiateur de la protection sociale ne lie pas les parties. Cette proposition, écrite et motivée, sera transmise aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet.

Toute proposition de solution est rendue en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

Le recours au Médiateur de la protection sociale est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante : Le Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris, soit en ligne à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

L'avis du Médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de Médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

ARTICLE 24 - ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 25 - 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. Il est rappelé que Mutex gère les garanties rente éducation et rente temporaire substitutive de conjoint au nom et pour le compte de l'OCIRP, organisme assureur et responsable de traitement pour les garanties précitées. 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.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour exercer ces droits, il convient d'écrire à dpo@mutex.fr ou à Délégué à la Protection des Données de Mutex – 140 avenue de la République – TSA 74058 – 92321 Châtillon cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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 26 - 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 Mutex en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à Mutex, en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 27 - 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 28 - TRAITEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS NON RÉCLAMÉES

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

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

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

ARTICLE 29 - 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 des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE

CHAPITRE VIII DÉFINITIONS

ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin, ou partenaire de PACS) qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- 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 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 judiciairement et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

CONCUBIN

Est considéré comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil.

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

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. »

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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 à 100 %.

INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 33 %

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.

FRANCHISE

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

CHAPITRE IX

CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

ARTICLE 30 - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE TOUTES CAUSES

30.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 32.

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

30.2. Montant du capital

Montant du capital pour les assurés cadres et agents de maîtrise (catégories A1 à D) tels que définis au I de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications

Situation de famille	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence Tranche 1
Célibataire, veuf ou divorcé	450 %
Marié, concubin ou partenaire de Pacs	525 %
Majoration par enfant ou personne à charge	78 %

Montant du capital pour les assurés employés (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications

Situation de famille	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence Tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS
Célibataire, veuf ou divorcé	40 %
Marié, concubin ou partenaire de Pacs	100 %
Majoration par enfant ou personne à charge	25 %

Les assurés employés reconnus en invalidité absolue et définitive (3^e catégorie de la Sécurité sociale) ou en incapacité permanente professionnelle d'un taux à 100 % perçoivent le versement par anticipation d'un capital décès égal à 200 % du salaire de référence.

Pour les assurés employés à temps partiel, le capital versé ne peut être inférieur à 50 % du salaire annuel brut réel perçu. Ce capital est calculé selon le salaire défini ci-dessus, reconstitué sur la base annuelle, prenant en compte la durée effective de travail, et non pas la base d'un temps plein.

ARTICLE 31 - GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'assuré, survenu simultanément ou postérieurement au décès ou à l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, il est versé un capital double effet dont le montant est égal à 100 % du montant du capital décès toutes causes.

Ce capital est versé au profit des enfants à charge, réparti à parts égales entre eux.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieur, 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.

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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

ARTICLE 32 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

32.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme 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 non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire et permanent au sens de l'article 515-8 du Code Civil ou au partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut et par parts égales, aux enfants de l'assuré, légitimes, reconnus ou adoptifs ;
- à défaut à ses petits enfants ;
- à défaut des descendants directs, à ses parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, le capital garanti revient aux héritiers de l'assuré décédé selon les règles de dévolution successorale légale.

Les notions de descendants, ascendants et héritiers ainsi que leur quote-part dans le capital décès sont appréciées en application des règles de dévolution successorale légale.

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

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

32.2. Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

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

32.3. Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont les enfants à charge à parts égales entre eux.

ARTICLE 33 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 21.

CHAPITRE X GARANTIE OBSÈQUES

ARTICLE 34 - 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, au conjoint, au concubin permanent et notoire ou partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès, ou aux ayants droit, ayant réglé les frais d'obsèques, une allocation correspondant aux frais d'obsèques de l'assuré à hauteur des dépenses supportées, sans qu'elle puisse excéder un montant égal à 2 fois le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour du décès de l'assuré.

Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat.

Le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

ARTICLE 35 - 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.

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

ARTICLE 36 - 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.

CHAPITRE XI GARANTIE RENTE ÉDUCATION

ARTICLE 37 - RENTE ÉDUCATION DE BASE

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux de 100 % de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant, sans pour autant être inférieur au SMIC (en vigueur au jour de la date de l'événement ouvrant droit à prestations), est égal à :

Âge des enfants à charge	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence Tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS
Jusqu'au 18 ^e anniversaire sans condition et jusqu'à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant sous conditions (si poursuite des études notamment)	20 %

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 à prestations.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

ARTICLE 38 - ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE D'ORPHELIN

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive ou d'IPP d'un taux de 100 %, simultané ou postérieur du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive ou l'IPP d'un taux de 100 % 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, dont le montant est égal au montant de la rente éducation servie à titre principal.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des allocations met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

ARTICLE 39 - 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 ou IPP d'un taux de 100 % de l'assuré, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel représente 15 % du salaire annuel de référence tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS, sans pour autant être inférieur au SMIC en vigueur au jour de la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des rentes substitutives de conjoint met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

ARTICLE 40 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes prennent effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou l'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 %.

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

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 41 - TERME DE L'INDEMNISATION

Rente éducation

Le service des rentes éducation (y compris l'allocation complémentaire d'orphelin) prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause du jour du décès du bénéficiaire.

La rente continue à être servie sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ou de l'IPP d'un taux de 100 % de l'assuré, tel que défini au chapitre VIII des présentes conditions générales, est reconnue en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalide », le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Elle est versée pendant une période minimum de 5 ans.

La rente est versée au-delà de cette durée, lorsque le bénéficiaire n'a pas liquidé une pension de retraite de propre droit dans un régime obligatoire de Sécurité sociale et qu'il ne bénéficie pas de l'allocation de solidarité des personnes âgées définies à l'article L. 815-1 du Code de la Sécurité sociale. Elle cesse alors d'être versée à la date à laquelle le bénéficiaire liquide une telle pension ou bénéficie de cette allocation.

En tout état de cause, elle cesse d'être versée au jour du décès du bénéficiaire.

base de ce que l'assuré aurait perçu au titre du maintien de salaire s'il avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne justifiant pas d'une ancienneté de 12 mois dans l'entreprise

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu.

Cas particuliers

En cas d'arrêt de travail supérieur à 2 mois consécutifs d'un assuré relevant de la catégorie de **personnel employés** (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications et ayant au moins une ancienneté de 12 mois dans l'entreprise au 1^{er} jour d'arrêt de travail, la période d'arrêt de travail du 4^e au 7^e fera l'objet d'une indemnisation rétroactive.

CHAPITRE XII GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

ARTICLE 42 - 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.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré 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, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

ARTICLE 43 - POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Pour les assurés justifiant d'une ancienneté minimum de 12 mois dans l'entreprise au 1^{er} jour d'arrêt de travail

Les indemnités journalières sont servies au plus tôt en complément et relais des obligations minimales de maintien de salaire mises à la charge de l'employeur au titre de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles.

Pour l'assuré 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, le maintien de salaire qui aurait été versé par l'employeur est reconstitué sur la

ARTICLE 44 - MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

44.1. Conditions de prise en charge

80 % du salaire brut mensuel de référence tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS, y compris les prestations nettes de prélèvement sociaux versées par la Sécurité sociale (reconstituées et non substituées de manière théorique 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) et l'éventuel salaire net de charges sociales (temps partiel, ou maintien de salaire conventionnel reconstitué de manière théorique pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale et ayant au moins 12 mois d'ancienneté au 1^{er} jour de l'arrêt de travail).

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 18 « Principe indemnitaire ».

44.2. Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu à l'article 21 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 18 des présentes conditions générales.

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

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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

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

ARTICLE 45 - TERME DE L'INDEMNISATION

La prestation cesse d'être versée au plus tard :

- au jour de la reprise du travail à temps complet ;
- au jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- à la liquidation de la pension de retraite de l'assuré servie par la Sécurité sociale, ou pour l'assuré en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur, de la date à laquelle cesse définitivement son activité salariée ;
- à la date à laquelle l'assuré perçoit une rente d'invalidité de la Sécurité sociale étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;
- de la date à laquelle l'assuré perçoit une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;
- au plus tard, au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- et en tout état de cause, au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 46 - 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 47 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

47.1 - Versement des prestations

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, 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, 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.

47.2 - Ouverture des droits

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

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

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

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

Mutex est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

CHAPITRE XIII GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 48 - GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie, ou d'un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) égal ou supérieur à 33 %, en application de l'article L. 341-4 ou L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale (ou le cas échéant par le médecin conseil de Mutex pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant), au titre d'une maladie ou d'un accident, de la vie courante ou professionnelle, d'une prestation complémentaire, sous réserve du contrôle médical prévu à l'article 21 des présentes conditions générales, à celle versée par la Sécurité sociale dont le montant est défini comme suit :

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

Pour les assurés cadres et agents de maîtrise (catégories A1 à D) tels que définis au I de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications

Catégorie d'invalidé	Montant en pourcentage du salaire de référence Tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS (prestations versées par la Sécurité sociale non incluses)
2 ^e catégorie et 3 ^e catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP supérieur ou égal à 66 %	30 %
1 ^{re} catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP compris entre 33 % et 66 %	18 %

Pour les assurés employés (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications

Catégorie d'invalidé	Montant en pourcentage du salaire de référence Tranche 1, et tranche 2 limitée à 4 PASS (prestations versées par la Sécurité sociale non incluses)
3 ^e catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP égal à 100 %	30 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP supérieur ou égal à 66 %	20 %
1 ^{re} catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP compris entre 33 % et 66 %	12 %

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 18 « Principe indemnitaire ».

ARTICLE 49 - POINT DE DÉPART DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les rentes d'invalidité ou d'incapacité sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e de la Sécurité sociale ou de la rente d'incapacité d'un taux égal ou supérieur à 33 % et ce aussi longtemps que l'état de santé de l'assuré le justifie.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, 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, 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 50 - TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des rentes prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle, ou à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité ;
- du jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{re}, 2^e, ou 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 % ;
- de la liquidation de la pension de retraite de l'assuré servi par la Sécurité sociale ;
- et en tout état de cause, au jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées ci-dessus, à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale que le taux d'incapacité permanente professionnelle est redevenu égal ou supérieur à 33 % ou que l'état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les 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 Mutex cesse de reconnaître l'état d'invalidité,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

ARTICLE 51 - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

51.1. Ouverture des droits

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

Mutex est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des rentes.

51.2. Périodicité des versements

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.

II. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

51.3 Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

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 22 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	INVALIDITÉ IPP	DÉCÈS IAD	RENTE ÉDUCATION	RENTE DE CONJOINT	OBSÈQUES
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur	●					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●					
En cas de temps partiel thérapeutique, attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	●					
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●	●	
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle, signée par le représentant qualifié de votre employeur		●				
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		●				
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		●				
Demande de capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de votre employeur			●			
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●	●	●
Titre de pension d'invalidité de 3 ^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 de votre dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui de votre concubin ou partenaire Pacs			●		●	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			●	●		●
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			●	●	●	●
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de votre employeur et tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement						●

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

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 11 des présentes conditions générales peuvent demander à bénéficier, à titre facultatif, à compter de la date de suspension de leur contrat de travail, du maintien des garanties décès pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

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

CONDITION DE MISE EN ŒUVRE

L'assuré qui souhaite bénéficier de ce dispositif doit compléter le bulletin de demande de maintien facultatif des garanties décès mis à disposition sur le site <https://ccn.mutex.fr/Habillement>, ou remis à sa demande par le souscripteur. Il doit être ensuite remis au souscripteur qui devra le compléter et l'adresser à l'organisme gestionnaire.

Ce bulletin doit être communiqué à l'organisme gestionnaire au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de son contrat de travail.

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

DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

Le maintien des garanties décès cesse :

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

PRESTATIONS

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

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

COTISATIONS

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles (part salariale et part patronale) doit être réglé par l'assuré à l'organisme gestionnaire. **A défaut de paiement, l'assuré ne pourra plus bénéficier du maintien facultatif des garanties décès.**

L'assuré peut choisir de régler les cotisations :

- par chèque pour la période correspondant à la durée de suspension de son contrat de travail,
- ou par prélèvement SEPA, 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.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'organisme gestionnaire adresse une lettre recommandée de mise en demeure à l'assuré.

Si le paiement n'intervient pas, l'affiliation de l'assuré cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation de l'assuré restent à payer. L'organisme gestionnaire a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ANNEXE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

OBJET

La présente clause a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le souscripteur, Mutex et l'Ocirp 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, Mutex peut mettre à disposition du futur souscripteur un procédé de « signature électronique » pour signer des documents précontractuels.

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 grouper et 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.

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.

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 joint 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.

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 Mutex.
- 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.

FORCE PROBANTE DU DOCUMENT SIGNÉ ÉLECTRONIQUEMENT

Mutex, l'Ocirp 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 Mutex et l'Ocirp au souscripteur.

Le souscripteur, et Mutex et l'Ocirp 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, Mutex, l'Ocirp 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.

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 Mutex 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 Mutex.

Mutex 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.



2402981

Assureurs des garanties de prévoyance :

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

OCIRP :

(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris

