

**PRÉVOYANCE COLLECTIVE
GRANDES ENTREPRISES**

GROUPE OPEN

Conditions générales

TABLE DES MATIÈRES

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT	4
Article 1 - Objet du contrat	4
Article 2 - Intervenants au contrat	5
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT .	6
Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement.....	6
Article 4 - Obligations de l'organisme assureur.....	6
Article 5 - Obligations du souscripteur	6
Article 6 - Révision du contrat	9
Article 7 - Résiliation	9
CHAPITRE III - DURÉE DES GARANTIES	10
Article 8 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation.....	10
Article 9 - Terme des garanties	10
Article 10 - Suspension des garanties.....	10
Article 11 - Maintien des garanties.....	11
CHAPITRE IV - COTISATIONS	16
Article 12 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	16
Article 13 - Conditions de paiement des cotisations.....	17
Article 14 - Exonération du paiement des cotisations.....	17
Article 15 - Défaut de paiement des cotisations	17
CHAPITRE V - PRESTATIONS	18
Article 16 - Salaire de référence servant de base au calcul des prestations	18
Article 17 - Principe indemnitaire.....	18
Article 18 - Revalorisations	19
Article 19 - Risques exclus et causes de déchéance	19
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES	21
Article 20 - Contrôles	21
Article 21 - Litiges Médicaux.....	21
Article 22 - Réclamations et litiges	21
Article 23 - Organisme de contrôle	22
Article 24 - Protection des données à caractère personnel	22
Article 25 - Prescription	24
Article 26 - Subrogation	25
Article 27 - Territorialité	25
II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	26
CHAPITRE VII - DÉFINITIONS	26
CHAPITRE VIII - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	28
Article 28 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	28
Article 29 - Bénéficiaires des prestations	28
Article 30 - Conditions de règlement des prestations	28
CHAPITRE IX - GARANTIE OBSÈQUES	29
Article 31 - Objet de la garantie et montant de la prestation	29
Article 32 - Bénéficiaires des prestations	29
Article 33 - Conditions de règlement des prestations	29
CHAPITRE X - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	30
Article 34 - Rente éducation de base	30
Article 35 - Allocation complémentaire en cas du décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	30
Article 36 - Conditions de règlement des prestations	30
Article 37 - Terme de l'indemnisation.....	30
CHAPITRE XI - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	31
Article 38 - Objet de la garantie	31
Article 39 - Point de départ de l'indemnisation.....	31

Article 40 - Montant des prestations garanties	31
Article 41 - Terme de l'indemnisation	32
Article 42 - Rechute	32
Article 43 - Conditions de règlement des prestations	32

CHAPITRE XII - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE 33

Article 44 - Garantie invalidité	33
Article 45 - Garantie incapacité permanente professionnelle	33
Article 46 - Montant des prestations	33
Article 47 - Point de départ du service des prestations	34
Article 48 - Terme de l'indemnisation	34
Article 49 - Conditions de règlement des prestations	34

III – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS..... 35

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 définies aux présentes conditions générales et aux conditions particulières.

Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières obligatoirement jointes, ces dernières prévalant sur les conditions générales.

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

Les conditions particulières obligatoirement jointes déterminent notamment la catégorie assurée, les montants des prestations, la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation applicables.

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

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

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par OPEN et les entreprises énumérées à l'annexe n°1 des conditions particulières au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 2.

Article 2 - Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

▪ **l'organisme assureur :**

MUTEX,

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

Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

▪ **le souscripteur : OPEN**, personne morale signataire des conditions particulières, et les entreprises citées à l'annexe n° 1 des conditions particulières.

▪ **les assurés :**

- l'ensemble des salariés sous contrat de travail,
- les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, tels que mentionnés aux conditions particulières,
- les mandataires sociaux « assimilés salariés », sous réserve de rattachement à la catégorie de personnel bénéficiaire du régime,

relevant du régime général de la Sécurité sociale et dûment affiliés au présent contrat.

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail, âgés de moins de 65 ans à la date de leur affiliation, seront couverts par le présent contrat et ce, jusqu'à leur 70^{ème} anniversaire, date à laquelle le bénéfice des garanties cessera.

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

Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement

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

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Le présent contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de résiliation dans les conditions définies à l'article 7.

Article 4 - Obligations de l'organisme assureur

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

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

Article 5 - Obligations du souscripteur

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

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

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

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

5.1. À la souscription

- ✓ la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de sa date effective de signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet ;
- ✓ Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant),
 - les salariés et les anciens salariés, bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les bénéficiaires de rentes éducation 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 cas de changement de périmètre

Le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements et d'entreprises, de changement de convention collective applicable, ou de mouvements significatifs de salariés (notamment suite à restructuration d'entreprise).

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.

Article 6 - Révision du contrat

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

Toute modification de ces éléments et/ou de changement du périmètre tel que défini à l'article 5.2 pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par l'organisme assureur au souscripteur et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation 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 à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques du présent contrat selon les modalités définies à l'article 12.

Article 7 - Résiliation

Le 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 à l'organisme assureur, conformément aux dispositions de l'article L. 113-12 du Code des assurances.
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 15 des présentes conditions générales.

CHAPITRE III - DURÉE DES GARANTIES

Article 8 - 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 :
 - o de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,

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

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

Seuls les sinistres en cours déclarés conformément à l'article 5.1 et acceptés par l'organisme assureur donneront lieu à prise en charge, dans les conditions décrites aux conditions particulières.

En cas de changement du périmètre à couvrir et de déclaration de personnes se trouvant dans l'une des situations de « sinistres en cours », tels que définis à l'article 5.2, l'organisation de leur prise en charge sera formalisée par voie d'avenant à la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, et pourra donner lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/ et d'une prime unique.

Article 9 - Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 11.2, 11.3 et 11.4 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 10 - Suspension des garanties

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

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

- **au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur** au profit des salariés placés en activité partielle, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ou dans le cadre d'un congé rémunéré par l'employeur (reclassement, 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 assureur en soit informé dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.**

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

Article 11 - Maintien des garanties

11.1. 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 à 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 au profit des salariés placés en activité partielle ou dans le cadre d'un congé rémunéré par l'employeur (reclassement, 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, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 14.

11.2. 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 pour les risques nés durant la couverture, 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 à la date de cessation de leur contrat de travail ou la date de fin 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.

11.3. 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 au paragraphe « Revalorisations » des conditions particulières.

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

11.4. 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.

Bénéficient également du maintien des garanties, les anciens mandataires sociaux « assimilés salariés » du souscripteur, affiliés au régime général de la Sécurité sociale, sous réserve de remplir les conditions de l'article L.911-8-du Code de la Sécurité sociale.

11.4.1. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

Bénéficient également du maintien des garanties, les anciens mandataires sociaux « assimilés salariés » :

- ayant involontairement perdu leur mandat social ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur de leur prise en charge par une assurance chômage privée réservée aux mandataires sociaux, ou en l'absence d'une telle assurance, justifiant être à la recherche d'un emploi au sens des dispositions afférentes du Code du travail (inscription à Pôle emploi notamment) ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation de leur mandat social.

Il faut entendre par perte involontaire du mandat social, la cessation du mandat social résultant :

- de la révocation ou de la non-reconduction du mandat social,
- de difficultés économiques de l'entreprise entraînant un redressement, une liquidation ou une cession judiciaire, une dissolution anticipée, une fusion-absorption ou une restructuration profonde.

11.4.2. 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 ou du mandat social.

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.

L'ancien mandataire social bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la durée du dernier mandat social ou, le cas échéant des derniers mandats sociaux 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.

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle et 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 11.4.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'assuré peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ou du mandat social ;
- au jour du décès de l'assuré.

Obligations de l'ancien salarié

L'assuré doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 11.4.1 ci-avant, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'assuré bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'assuré ou le bénéficiaire devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au présent contrat, de l'attestation d'indemnisation par l'assurance chômage et toutes autres pièces permettant de justifier du droit au maintien des garanties (notamment la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage).

11.4.3. 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 assurés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

11.4.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur avant la cessation du 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 16 du chapitre V « Salaires servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail ou du mandat social hors sommes de toute nature versées à cette occasion.

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, en raison notamment de l'application d'un différé d'indemnisation par le régime d'assurance chômage (délai de carence Pôle emploi), celles-ci seront reconstituées sur la base des conditions d'assurance chômage auxquelles l'ancien salarié ouvre droit, applicables au jour de l'arrêt de travail. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

11.4.5. 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 aux conditions particulières,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

11.4.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE IV - COTISATIONS

Article 12 - Base de calcul, taux et révision des cotisations

12.1. Base de calcul des cotisations

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

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^{ème} mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues 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).

Les orientations prises à effet du 1^{er} janvier 2019, dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC ARRCO de retraite complémentaire, n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire mentionnées ci-avant.

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre d'un congé de mobilité, etc) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article 11.1 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.

Celui-ci s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

12.2. 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.

12.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont révisibles à chaque échéance annuelle nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 6 « révision du contrat ».

Article 13 - Conditions de paiement des cotisations

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

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

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

Article 14 - 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 15 - Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

CHAPITRE V - PRESTATIONS

Article 16 - Salaire de référence servant de base au calcul des prestations

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

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

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

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

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

Ce revenu de remplacement est celui versé par l'employeur durant la période de maintien des garanties et-s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Article 17 - 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 aux conditions particulières ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il percevait au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

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

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

Article 18 - Revalorisations

Le salaire de référence et les prestations sont revalorisés suivant les règles définies aux conditions particulières.

Article 19 - Risques exclus et causes de déchéance

19.1. Exclusions concernant les garanties décès et invalidité absolue définitive

Sont exclus des garanties décès et invalidité absolue définitive les sinistres résultant :

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

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

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

19.2. Exclusions concernant l'incapacité de travail, l'incapacité permanente professionnelle et l'invalidité

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

19.3. Exclusions concernant le décès accidentel, l'invalidité absolue définitive accidentelle, l'incapacité permanente par accident et les frais obsèques

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

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

19.4. Déchéance

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

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 - 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 21 - 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 22 - Réclamations et litiges

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations peuvent s'adresser à l'organisme assureur.

Après son intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEX - Service Qualité Relation Adhérent - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

En cas de litige, l'organisme assureur met à la disposition de ses assurés et des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse avec l'organisme assureur, non résolue après avoir tenté de résoudre le litige directement auprès de l'organisme assureur par une réclamation écrite.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations en adressant sa demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
Ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de l'organisme assureur : <https://www.mutex.fr>.

Article 23 - Organisme de contrôle

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

Article 24 - Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel des assurés et le cas échéant des bénéficiaires, collectées tout au long de la relation contractuelle, font l'objet de traitements mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur, ainsi que par l'organisme distributeur.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégataire.

Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable de 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 des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement.

Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Il est notamment mis en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le prélèvement à la source ainsi que la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés.

D'autres traitements sont fondés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés.

Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, pour des opérations de prospection et de 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).

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à Mutex ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du 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.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de Mutex, de l'organisme distributeur, ainsi que le cas échéant, à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et co-assureurs, organismes professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Mutex et l'organisme distributeur, seront tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et le cas échéant, mises à jour.

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 avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

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 traitement s'assureront que le tiers fournit des garanties appropriées concernant le transfert ou fonde le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

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

Les responsables de traitements et leurs 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 de l'assuré et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL, et à informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

L'assuré et/ou les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, du droit de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort *post-mortem*.

L'assuré 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.

Ils peuvent exercer leurs droits soit par mail : dpo@mutex.fr, soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHATILLON Cedex.

Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHATILLON 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, elles peuvent adresser une réclamation auprès de la CNIL soit en ligne, sur le site www.cnil.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

Les assurés sont informés que s'ils ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, ils disposent du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphone fixe et/ou portable sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr.

Leur inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

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

Article 25 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est suspendue notamment, en cas de saisine par l'assuré du Médiateur de l'assurance, selon les modalités formulées à l'article 22 des présentes Conditions Générales. Le cours de la prescription est alors temporairement arrêté sans effacer le délai déjà couru.

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

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

Article 26 - 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 27 - Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE VII - DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - o 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) ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o 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 ;
 - o 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 ;
 - o 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^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} 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.

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation amiable ou judiciaire, sous réserve de transcription de la séparation à l'état civil) et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

Concubin

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

Partenaire de Pacs

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

Invalidité absolue et définitive

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

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

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

Franchise

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

CHAPITRE VIII - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE

Article 28 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, un capital est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 29, dont le montant est défini aux conditions particulières.

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

Article 29 - Bénéficiaires des prestations

29.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 30 - 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 20.

CHAPITRE IX - GARANTIE OBSÈQUES

Article 31 - Objet de la garantie et montant de la prestation

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

Article 32 - Bénéficiaires des prestations

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

Article 33 - 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 X - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Article 34 - Rente éducation de base

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

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

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

Article 35 - Allocation complémentaire en cas du décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenu dans les douze mois suivant le décès ou de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, une allocation complémentaire annuelle est versée à chaque enfant à charge, dont le montant est défini aux conditions particulières.

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

Article 36 - Conditions de règlement des prestations

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

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

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 37 - Terme de l'indemnisation

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

CHAPITRE XI - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Article 38 - Objet de la garantie

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

Article 39 - Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie aux conditions particulières.

Article 40 - Montant des prestations garanties

40.1. Conditions de prise en charge

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

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

40.2. 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 20 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 17 des présentes conditions générales.

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

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

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

Article 41 - Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

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

Article 42 - Rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du présent contrat.

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 43 - Conditions de règlement des prestations

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

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, directement à l'employeur, à charge pour lui de les reverser aux assurés après précompte des charges sociales, et en cas de cessation du contrat de travail à l'assuré.

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

CHAPITRE XII - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Article 44 - Garantie invalidité

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

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

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

Article 45 - Garantie incapacité permanente professionnelle

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

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Article 46 - Montant des prestations

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

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est déterminé selon le taux d'incapacité défini aux conditions particulières, et s'entend hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

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

Article 47 - Point de départ du service des prestations

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

Article 48 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes ou des pensions prend fin à dater soit :

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

Article 49 - Conditions de règlement des prestations

49.1 Modalités de règlement des prestations

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

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

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

III – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

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

Assureur des garanties de prévoyance : MUTEX
Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

