

# Régime de prévoyance

DES GROUPEMENTS MUTUALISTES GESTIONNAIRES  
ADHÉRENTS DE L'UNEMH OU DU GHMF  
POUR LEURS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS MUTUALISTES

<b>Titre 1. Dispositions générales</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE I ► Modalités de souscription du contrat</b>	<b>5</b>
ARTICLE 1. CHAMP D'APPLICATION	5
ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT	5
ARTICLE 3. OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 4. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	6
ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	6
ARTICLE 6. RÉSILIATION	7
<b>CHAPITRE II ► Les assurés</b>	<b>7</b>
ARTICLE 7. MODALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS	7
ARTICLE 8. DÉFINITION ET PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	7
<b>CHAPITRE III ► Suspension, terme et maintien des garanties</b>	<b>8</b>
ARTICLE 9 - SUSPENSIONS DES GARANTIES	8
ARTICLE 10. TERME DES GARANTIES	8
ARTICLE 11. MAINTIEN DES GARANTIES	9
<b>CHAPITRE IV ► Cotisations</b>	<b>10</b>
ARTICLE 12. TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS	10
ARTICLE 13. PAIEMENT DES COTISATIONS	11
ARTICLE 14. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS	11
ARTICLE 15. DÉFAUT DE PAIEMENT	11
ARTICLE 16. CLAUSE DE SAUVEGARDE	11
<b>CHAPITRE V ► Les prestations</b>	<b>12</b>
ARTICLE 17. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES	12
ARTICLE 18. REVALORISATION	12
ARTICLE 19. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	13

<b>CHAPITRE VI</b> ➤ Les exclusions.....	13
<b>CHAPITRE VII</b> ➤ Dispositions diverses.....	14
ARTICLE 20. CONTRÔLES.....	14
ARTICLE 21. LITIGES MÉDICAUX .....	14
ARTICLE 22. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE .....	14
ARTICLE 23. RÉCLAMATION ET LITIGE.....	14
ARTICLE 24. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL / INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	15
ARTICLE 25. PRESCRIPTION.....	15
ARTICLE 26. SUBROGATION .....	15
ARTICLE 27. TERRITORIALITÉ.....	15
<b>CHAPITRE VIII</b> ➤ Définitions.....	16
<b>Titre 2. Les garanties</b> .....	<b>18</b>
ARTICLE 28. GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) .....	19
ARTICLE 29. RENTE ÉDUCATION .....	20
ARTICLE 30. RENTE DE CONJOINT.....	21
ARTICLE 31. INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE .....	22
ARTICLE 32. INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE .....	24
<b>Annexe</b> .....	<b>27</b>
TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	27

## Titre I

# Dispositions générales

# CHAPITRE I

## Modalités de souscription du contrat

### ARTICLE 1. CHAMP D'APPLICATION

Par l'accord cadre du 27 novembre 2008, de ses avenants s'y rapportant, et de son annexe « contrat type de garanties collectives », l'Union Nationale des Établissements Mutualistes d'Hospitalisation (UNEMH) et le Groupement Hospitalier de la Mutualité Française (GHMF) ont défini le régime de prévoyance proposé aux groupements mutualistes gestionnaires, adhérents de l'UNEMH ou du GHMF, gérant des établissements mutualistes sanitaires et médico-sociaux et relevant de la Convention Collective Nationale de 1951 au bénéfice de leurs salariés.

Le régime est ouvert à l'ensemble des groupements mutualistes gestionnaires adhérents de l'UNEMH ou du GHMF, y compris les professionnels de santé liés par un contrat de travail et exerçant entre autres des activités médicales ou dentaires, appartenant aux catégories cadres et non cadres des établissements hospitaliers et médico-sociaux qu'ils gèrent.

Afin d'assurer la gestion et le pilotage du régime de prévoyance prévu au bénéfice des catégories précitées, les réseaux UNEMH et GHMF ont désigné lors de la mise en place de l'accord cadre suscitée, les co-assureurs ci-après, soit l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF) et Malakoff Médéric Prévoyance pour assurer et gérer le régime. Un avenant n° 5 à l'accord cadre suscitée et de son annexe « contrat type de garanties collectives » désigne un nouvel assureur, en tant que co-désigné avec Malakoff Médéric Prévoyance, soit Mutex qui se substitue à l'UNPMF à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Les présentes Conditions générales mettent donc un terme et remplacent les précédentes référencées « Conditions générales 2009 ».

Les présentes Conditions générales, associées aux Conditions particulières obligatoirement jointes pour les souscriptions effectuées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 ou à la lettre d'information jointe pour les souscriptions réalisées antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2013, constituent le contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire,

et précisent le contenu de l'accord cadre du 27 novembre 2008, de ses avenants s'y rapportant et de son annexe « contrat type de garanties collectives ».

### ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT

Le contrat, composé des présentes Conditions générales et des Conditions particulières jointes ou de la lettre d'information, est conclu entre :

- d'une part :
  - 1) **Mutex**, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le Code des assurances, co-assureur de 67 % des garanties décès, incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente professionnelle. Elle est également désignée comme apériteur.
  - 2) et **Malakoff Médéric Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, jouissant de la personnalité civile dans les conditions prévues à l'article L.931-1 du code de la Sécurité sociale et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale, co-assureur de 33 % des garanties décès, incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente professionnelle ;

Ci-après dénommés les « **Organismes assureurs** » ;

La gestion est déléguée à la Mutuelle Chorum.

- d'autre part, le groupement mutualiste gestionnaire adhérent de l'UNEMH ou du GHMF, signataire des Conditions particulières jointes aux présentes Conditions générales, pour les établissements qui relèvent du champ d'application de l'accord cadre du 27 novembre 2008 ;

Ci-après dénommé « **le souscripteur** ».

Les salariés appartenant aux catégories telles que définies par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant, inscrits aux effectifs du souscripteur à la date d'effet indiquée aux Conditions particulières ainsi que ceux embauchés ultérieurement, sont appelés « **Assurés** » dès lors qu'ils ont été dûment affiliés.

### ARTICLE 3. OBJET DU CONTRAT

Le contrat collectif à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier les assurés, appartenant aux catégories

telles que définies par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant, et déclarés par le souscripteur sur l'état nominatif du personnel à affilier, des garanties définies ci-après.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées par les organismes assureurs désignés à l'article 2 des présentes Conditions générales, selon les modalités ci-après définies.

## ARTICLE 4. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat, composé des présentes Conditions générales et des Conditions particulières ou de la lettre d'information jointes prend effet à la date mentionnée aux Conditions particulières ou sur la lettre d'information.

**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 contrat est renouvelable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies à l'article 6 « Résiliation » ci-après, prévu au présent chapitre, par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, au siège social des organismes assureurs.**

## ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par les organismes assureurs, qui définit les garanties prévues par les présentes Conditions générales, leurs modalités d'application et d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Celle-ci précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'assuré, par voie d'avenant ou lettre avenant au contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit, en lui remettant une mise à jour de la notice ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs.

### **La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.**

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies aux présentes Conditions générales et aux Conditions particulières jointes, et à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 13 ci-après figurant au chapitre IV « Cotisations ».

Le souscripteur doit adresser aux organismes assureurs les pièces suivantes :

### 5.1. A la souscription

Un état du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé :

- a) son numéro de Sécurité sociale
- b) ses nom et prénom ;
- c) son sexe ;
- d) sa date de naissance ;
- e) sa date d'embauche ;
- f) sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin, pacsé et nombre d'enfants à charge) ;
- g) le salaire servant au calcul des cotisations : les salaires ainsi indiqués doivent être conformes à ceux fournis chaque année par l'employeur à l'Administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu ;
- h) sa catégorie socio-professionnelle.

Cet état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont en situation de sinistres en cours tels que définis à l'article 8.1 ci-avant du présent chapitre II, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu suivants les différents cas visés à l'article 9 ci-après.

### 5.2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux salariés : les pièces prévues au 5.1. avec indication de la date d'embauche ;
- sortie des assurés : un état récapitulatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- un état rectificatif des personnes dont les garanties sont suspendues ou reprises en application de l'article 9 ci-après indiquant les dates de départ ou de reprise d'activité ;
- 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.

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

### 5.3. A chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif annuel de l'exercice précédent du personnel assuré (cf. article 5.1. ci-dessus).

A défaut, le souscripteur pourra être mis en demeure de fournir cet état dans un délai d'un mois.

Le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

## ARTICLE 6. RÉSILIATION

**Le contrat composé des présentes Conditions générales et des Conditions particulières jointes, peut être résilié par lettre recommandée avec avis de réception :**

- à l'initiative du souscripteur ou des organismes assureurs, sous réserve de respecter un délai de préavis de deux mois avant l'échéance annuelle,
- à l'initiative des organismes assureurs :
  - en cas de défaut de paiement des cotisations visé à l'article 15 ci-après du chapitre IV,
  - en cas de refus par le souscripteur d'une nouvelle proposition tarifaire à effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, formulée par les organismes assureurs, avant le 31 octobre de l'année en cours, au vu de l'analyse des résultats financiers du régime arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent.

## CHAPITRE II. Les assurés

### ARTICLE 7. MODALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Sont immédiatement affiliés au présent régime de prévoyance collective à adhésion obligatoire, les salariés cadres et non cadres sous contrat de travail visés à l'article 1 ci-avant du chapitre I, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat conclu par le souscripteur.

Pour les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat conclu par le souscripteur,

leur affiliation prend effet à la date de leur embauche, sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme ayant recueilli l'adhésion dans les trois mois suivant leur prise effective de fonction.

Les sinistres en cours tels que définis à l'article 8.1. ci-après, doivent également être déclarés à l'organisme ayant recueilli l'adhésion et ce, dans les conditions prévues à 5.1. ci-dessus du chapitre I.

## ARTICLE 8. DÉFINITION ET PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

### 8.1. Définition des sinistres en cours

Sont considérées comme sinistres en cours les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes le jour précédant la date de prise d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire ou de la lettre d'information ci-jointe :

- les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente, et 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 et sous réserve d'une décision favorable du médecin conseil des organismes assureurs) ;
- les salariés ou anciens salariés qui bénéficient d'indemnités journalières, de rentes d'incapacité ou d'invalidité au titre d'un contrat de prévoyance collective signé par le souscripteur antérieur à la date d'effet du contrat ;
- les bénéficiaires de rentes éducation ou de rentes de conjoint ou de survie en vertu d'un contrat de prévoyance collective signé par le souscripteur antérieur à la date d'effet du contrat.

### 8.2. Modalités de prise en charge et de financement

#### ○ Pour les établissements ayant adhéré avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013

Mutex s'engage à reprendre les engagements de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF), précédent co-assureur du régime concernant les salariés, les anciens salariés et les bénéficiaires de rentes de conjoint et de rentes éducation, dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 décembre 2012.

En conséquence, Mutex et Malakoff Médéric Prévoyance assurent aux salariés, aux anciens salariés et aux bénéficiaires de rentes de conjoint et de rentes éducation, dont les droits à prestation sont nés antérieurement au 31 décembre 2012, au titre du présent contrat composé des présentes Conditions générales associées aux Conditions particulières jointes :

- le service des prestations périodiques en cours de service au 31 décembre 2012 y compris les futures revalorisations annuelles,
- les garanties décès, y compris les revalorisations futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès.

**○ Pour les établissements adhérent au présent régime à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013**

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 complémentaire et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, la prise en charge des sinistres en cours, tels que définis à l'article 8.1. ci-avant, est organisée comme suit :

Les souscripteurs qui rejoignent le présent régime à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 devront déclarer aux organismes assureurs les personnes présentant à la date de prise d'effet du contrat indiquée aux Conditions particulières une situation de sinistres en cours au sens de l'article 8.1., et ce au moyen d'une liste déclarative de sinistres en cours.

Le souscripteur doit veiller à l'exactitude et à l'exhaustivité de ses déclarations. Toute omission ou erreur devra être signalée aux organismes assureurs afin qu'ils puissent actualiser les informations retenues et adapter, le cas échéant, les modalités de prise en charge et de financement.

Au vu de cette déclaration et selon le cas, seront garantis à la prise d'effet du contrat :

- soit la prise en charge intégrale des garanties prévues au titre des présentes Conditions générales pour les salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat, en l'absence d'un précédent contrat de prévoyance collective ;  
**Toutefois, en présence d'un précédent contrat de prévoyance collective, lorsqu'un salarié est ou, doit être, au moment de la prise d'effet du contrat ou ultérieurement, indemnisé par un autre organisme assureur au titre de l'article 7 ou de l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, cette indemnisation viendra en déduction des prestations prévues par le présent contrat.**

- soit les revalorisations futures portant sur les prestations indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, rentes éducation, rentes de conjoint en cours de service à la date de résiliation du précédent contrat de prévoyance, que le contrat de travail soit rompu ou non, ainsi que les revalorisations futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès pour les salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat ;
- soit l'éventuel différentiel entre les garanties décès du présent régime et celles du contrat précédent, au profit des salariés dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat.

En contrepartie de la prise en charge des sinistres en cours, les organismes assureurs calculeront la surcotation nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du présent régime.

**Seuls les sinistres en cours déclarés et acceptés par les organismes assureurs donneront lieu à prise en charge, dans les conditions décrites ci-dessus, à compter de la date d'effet de la souscription du contrat de prévoyance, et sous réserve du paiement de la surcotation correspondante.**

**En cas de fausse déclaration du souscripteur, les organismes assureurs mettront en œuvre les engagements prévus après que le souscripteur ait réglé la surcotation calculée par leurs soins.**

## CHAPITRE III.

# Suspension, terme et maintien des garanties

## ARTICLE 9. SUSPENSIONS DES GARANTIES

### 9.1. En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas suivants de suspension du contrat de travail de l'assuré :



- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- congé de soutien familial ;
- congé sans solde ;

et tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail, dès lors que ces congés ne donnent lieu à aucune indemnisation (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, sous la forme de versement d'une indemnisation complémentaire directement versées par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou sous la forme d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur).

## 9.2. Modalités de la suspension des garanties

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'établissement, sous réserve que les organismes assureurs en soient informés dans les trois mois suivant la date de reprise.

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

## 9.3. En cas de non-paiement des cotisations

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 15 ci-après du chapitre IV « Cotisations » des présentes Conditions générales.

**L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre du contrat.**

## ARTICLE 10. TERME DES GARANTIES

### 10.1. Cessation des garanties

**Sous réserve des dispositions prévues aux articles 10.2. et 11.3., les garanties cessent au plus tard :**

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations, telle que prévue à l'article 15 du chapitre IV des présentes Conditions générales ;

- à la date d'effet de la liquidation de pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite telle que prévue par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré (correspondant au terme du préavis effectué ou non) ;
- à la date de dénonciation du régime de prévoyance prévu dans l'accord cadre du 27 novembre 2008 et des avenants s'y rapportant et de son annexe « contrat type de garanties collectives »,
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

## 10.2. Effets de la résiliation du contrat

### a) Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat.

Toutefois, les garanties en cas de décès sont maintenues pour les salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre du 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 ou du non renouvellement du contrat.

### b) Effets sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat, continuent d'être versées au niveau atteint jusqu'à extinction des droits.

**La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation.**

## ARTICLE 11. MAINTIEN DES GARANTIES

### 11.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties définies au sein des présentes Conditions générales sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré donnant lieu à rémunération (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, sous la forme d'une indemnisation complémentaire versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou sous la forme d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur).

Pendant cette période, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance, sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération du paiement de cotisation telle que définie à l'article 14. du chapitre IV ci-après des Dispositions générales.

### 11.2. Maintien facultatif des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Le maintien des garanties du présent régime est proposé à titre facultatif aux salariés en suspension du contrat de travail sans indemnisation (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, sous la forme d'une indemnisation complémentaire versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou sous la forme d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur), en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, moyennant le paiement intégral par l'assuré de l'intégralité des cotisations correspondantes (part salariale et part patronale), sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération prévues à l'article 14. du chapitre IV.

Dans ce cas précis, l'intéressé doit formuler sa demande par écrit avant la date de prise d'effet de la suspension de son contrat de travail auprès des organismes assureurs. **Au-delà de cette date, il ne pourra plus bénéficier de ce maintien de garanties.**

Durant cette période, les montants de cotisations seront acquittés sur les mêmes bases que celles des salariés en activité (y compris la part patronale), **Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations** est égal au salaire tel que défini à l'article 17. du chapitre V, et précédant la date du début de suspension du contrat de travail.

**Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations** limité aux tranches A et B telles que définies à l'article 12.2. du chapitre IV, est égal à la moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12<sup>e</sup> des rémunérations variables brutes régulièrement versées au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

### 11.3. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail de l'assuré

Les assurés qui cessent d'appartenir aux effectifs du souscripteur (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail...) sont radiés des garanties dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.

Toutefois, les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité qui bénéficient à ce titre de prestations au titre du contrat ou dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la rupture du contrat de travail, restent garantis pendant toute la durée de leur indemnisation et ce, dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la rupture de leur contrat de travail.

### 11.4. Maintien des garanties à titre individuel en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat

En cas de résiliation du contrat, les organismes assureurs pourront proposer au salarié une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, 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 par les organismes assureurs, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

---

## CHAPITRE IV. Cotisations

### ARTICLE 12. TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS

#### 12.1. Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du salaire brut annuel des tranches A et B défini au point 2 ci-dessous et sont fixés dans les Conditions particulières jointes aux Présentes Conditions générales.

**Le montant de la cotisation est révisable à chaque échéance annuelle au regard de l'équilibre technique des contrats entrant dans le périmètre de mutualisation de l'accord cadre cité ci-dessus nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire intervenant en dehors des périodes de renouvellement dans les conditions prévues à l'article 16. ci-après. Toute nouvelle taxe, contribution ou prélèvement social institués après la souscription du contrat, ou toute augmentation des taxes, contributions ou prélèvement sociaux actuels ou à venir seront automatiquement impactés sur la cotisation, sans qu'un avenant au contrat soit nécessaire.**

## 12.2. Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est fonction du salaire annuel brut total fixe soumis à charges sociales, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- **la tranche A :** partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- **la tranche B :** partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

Ce salaire comprend les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Le salaire annuel brut est celui déclaré par le souscripteur aux organismes sociaux.

## 12.3. Frais de gestion

Les frais de gestion sont fixés dans les Conditions particulières, auxquelles sont liées les présentes Conditions générales.

## ARTICLE 13. PAIEMENT DES COTISATIONS

Le souscripteur verse aux organismes assureurs les cotisations trimestriellement à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre.

Chaque règlement doit être accompagné du bordereau de cotisations trimestriel dûment rempli par le souscripteur.

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

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations. En l'absence de communication de l'état nominatif, les organismes assureurs pourront procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en leur possession.

## ARTICLE 14. EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Aucune cotisation (part patronale et part salariale) n'est due pour les assurés qui, à la date d'échéance de celle-ci, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou en congé de maternité pendant la durée du congé légal, dès lors que l'employeur ne leur verse plus aucun salaire.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

## ARTICLE 15. DÉFAUT DE PAIEMENT

**A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les dix jours de son échéance fixée à l'article 13. ci-avant et indépendamment du droit pour les organismes assureurs de poursuivre l'exécution du contrat en justice après une mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.**

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

**Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.**

## ARTICLE 16. CLAUSE DE SAUVEGARDE

Les garanties et les cotisations définies au présent contrat composé des présentes Conditions générales associées aux Conditions particulières jointes, ont été

établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur du jour de la mise en place du présent dispositif réactualisé. Dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat notamment sur le plan social, fiscal ou du droit de la Sécurité sociale, et si des taxes ou impôts devaient être créés, les engagements des organismes assureurs ne pourront s'en trouver aggravés.

En conséquence, la commission de suivi du régime se réunira, à la demande des organismes assureurs, au plus tard dans les trois mois suivant l'entrée en application de la réforme en vue de procéder aux aménagements nécessaires. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant des dits aménagements ainsi négociés et acceptés par l'ensemble des parties et formalisés par avenant au contrat, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions générales et Conditions particulières jointes.

---

## CHAPITRE V.

### Les prestations

#### ARTICLE 17. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES

##### 17.1. Au titre des garanties décès

Le salaire de référence est le salaire brut fixe effectivement versé par l'employeur à l'assuré au cours des 12 mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et ayant été soumis à cotisation.

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, et ayant donné lieu à cotisations, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue ci-dessus, le salaire de référence limité aux tranches A et B, soumis à cotisations et déclaré aux organismes sociaux, est annualisé.

Lorsque le décès, l'invalidité absolue et définitive ou, par assimilation, l'incapacité permanente professionnelle

d'un taux supérieur ou égal à 80 %, fait suite à une période d'arrêt de travail, le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

##### 17.2. Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale (ITT)

Le salaire de référence est le salaire brut à payer du mois précédent l'arrêt de travail qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.

- Ce salaire comprend la moyenne des rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues et ayant été soumis à cotisation au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

##### 17.3. Au titre de la garantie Invalidité – Incapacité permanente et professionnelle (IPP)

Le salaire de référence est le salaire brut à payer du mois précédent l'arrêt de travail qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.

- Ce salaire comprend la moyenne des rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues et ayant été soumis à cotisation au cours des 12 mois précédents l'arrêt de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

#### ARTICLE 18. REVALORISATION

##### 18.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base de calcul des prestations

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que celles liées à l'incapacité temporaire de travail, 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 aux prestations de la Sécurité sociale et indemnisés au titre de ce contrat).

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite Arrco constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et le décès, l'IAD, l'IPP ou l'invalidité.

## 18.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite Arrco, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

**En cas de résiliation du contrat, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées par les organismes assureurs.**

## ARTICLE 19. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire du souscripteur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis visés à l'annexe « Tableau récapitulatif des pièces à fournir ».

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L.310.1 du Code de l'aviation civile\* et à la condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin à moteur.

### ○ Exclusions propres aux garanties

- **En ce qui concerne les garanties « Décès », « Rente éducation », et « Rente de conjoint » :**
  - ne sont pas pris en charge les décès résultant du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion dans l'assurance. Toutefois, la garantie décès définie au contrat est accordée aux personnes dont les suicides ont lieu moins d'un an après leur affiliation au contrat dès lors que celle-ci fait immédiatement suite à une précédente affiliation à un régime de prévoyance collectif obligatoire mis en place au titre d'une convention collective nationale, d'un accord d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur et que l'assuré justifie ainsi, à la date du décès et avec le précédent contrat, d'une période d'affiliation continue de plus d'un an ;
  - le bénéficiaire qui a été condamné judiciairement pour avoir donné volontairement et intentionnellement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.
- Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, invalidités, incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :
  - de luttes, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
  - d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite fixée par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;

\* Article L.310.1 du Code de l'aviation civile : « Le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou de la poste ».

## CHAPITRE VI. Les exclusions

### ○ Exclusions générales

Les organismes assureurs prennent en charge tous les risques sauf ceux résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;

- **directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;**
- **de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation ;**
- **de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.**

**Outre les exclusions mentionnées ci-dessus, les prestations liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ne sont pas dues si le décès résulte de la pratique d'un sport non reconnu par les pouvoirs publics.**

**Pour la garantie « double effet » (capital pour orphelin), le parent survivant se voit également appliquer les exclusions des risques, définies ci-dessus.**

d'un commun accord par le médecin conseil des organismes assureurs et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.

## CHAPITRE VII. Dispositions diverses

### ARTICLE 20. CONTRÔLES

Les organismes assureurs peuvent à tout moment :

- faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment 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 les organismes assureurs, ou si l'arrêt de travail n'est pas médicalement justifié selon l'avis du médecin conseil des organismes assureurs.**

En tout état de cause, les organismes assureurs s'engagent à informer le souscripteur du contrôle et du résultat de ce contrôle.

### ARTICLE 21. LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné

### ARTICLE 22. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

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

**Elles peuvent à tout moment être vérifiées par les organismes assureurs.**

**La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

### ARTICLE 23. RÉCLAMATION ET LITIGE

Pour toute réclamation ou litige, le souscripteur et les assurés peuvent s'adresser à l'organisme gestionnaire, la Mutuelle Chorum.

Après son intervention, si la réclamation n'était pas réglée, ils peuvent écrire à MUTEX - Service Qualité Relation Adhérent - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.



De plus, Mutex a mis en place une procédure de recours gracieux à travers son service de médiation.

Cette procédure est mise à la disposition des souscripteurs et assurés confrontés à des situations litigieuses non résolues après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations propres à Mutex, visées ci-dessus.

Le médiateur peut ainsi être saisi par le souscripteur, l'assuré ou son ayant droit, en adressant sa demande à l'attention du Médiateur de Mutex, auprès du Service Qualité Relation Adhérent de Mutex.

## ARTICLE 24. **AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL / INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

### 24.1. **Autorité de contrôle**

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

### 24.2. **Informatique et libertés**

Dans le cadre de l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des salariés du souscripteur feront l'objet d'un traitement au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés mis en œuvre par Mutex.

Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services concernés des organismes assureurs et, le cas échéant, de ses sous-traitants et prestataires.

Conformément à l'article 32 de la loi informatique et libertés, le souscripteur informera ses salariés que des traitements de données à caractère personnel les concernant sont mis en œuvre dans le cadre de la gestion du contrat.

De plus, le souscripteur devra avoir recueilli le consentement de ses salariés au traitement de ses données de santé par les organismes assureurs dans le cadre de l'exécution du contrat.

## ARTICLE 25. **PRESCRIPTION**

**Toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans (10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne**

**distincte de l'assuré) à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont 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.**

**Quand l'action de l'assuré ou du souscripteur contre les organismes assureurs 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. Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par les organismes assureurs en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit aux organismes assureurs, en ce qui concerne le règlement des prestations.**

## ARTICLE 26. **SUBROGATION**

Pour les garanties incapacité temporaire totale et invalidité - incapacité permanente professionnelle, celles-ci ayant un caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

## ARTICLE 27. **TERRITORIALITÉ**

**Les salariés exercent leur activité en France (y compris DOM-TOM). Les garanties souscrites produisent leur effet dans le monde entier : pour la garantie incapacité de travail, lorsque l'arrêt de travail survient hors de France, les indemnités journalières ne sont versées qu'en cas d'hospitalisation et seulement pendant la durée de l'hospitalisation. Dans les autres cas, les indemnités journalières ne sont dues qu'à compter du retour en France.**

**L'invalidité doit être médicalement constatée en France.**

## CHAPITRE VIII. Définitions

Sauf avis médical différent en cas de contrôle tel que prévu à l'article 20 des présentes Conditions générales et chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

### ○ Invalidité

Par invalidité il faut entendre la réduction 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\*.

### ○ Incapacité d'un taux égal ou supérieur à 66 %

Est visée par le présent paragraphe l'incapacité permanente (en application de l'article L.434-2 alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 % reconnu et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie ou de 3<sup>e</sup> catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

### ○ Incapacité entre 33 % et moins de 66 %

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % reconnu et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale, résultant d'un accident du travail

*\* Art. 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° Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,*

*2° Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,*

*3° 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.*

ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

### ○ Invalidité absolue et définitive (IAD)

Il faut entendre par invalidité absolue et définitive, l'invalidité 3<sup>e</sup> catégorie définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale :

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

L'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour l'application des garanties décès et rentes éducation.

### ○ Accident et accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux. Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

### ○ Enfants à charge

Sont considérés comme tels, les enfants de moins de 18 ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont également concernés les enfants de moins de 26 ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur inscription à un régime de Sécurité sociale des étudiants (articles L.381-3 et suivants du Code de la Sécurité sociale)
- qui sont en apprentissage ou sous contrat de professionnalisation ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- qui sont classés en 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales



des capitaux ou les rentes, aucune limite d'âge ne leur est appliquée, dès lors qu'ils sont atteints avant leur 26<sup>e</sup> anniversaire d'une incapacité permanente, qu'ils perçoivent à ce titre l'allocation pour adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Par assimilation, sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

### ● Conjoint, concubin, Pacsé

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

On entend par concubin notoire et permanent au sens de l'article 515-8 du Code civil, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans ou qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union.

On entend par Pacsé, 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 du Code civil). Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires.

## Titre 2

# Les garanties

## ARTICLE 28. GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

### 28.1. Objet de la garantie et montant de la prestation

#### I - Décès / IAD toutes causes

En cas de décès toutes causes d'un assuré, il est versé au profit du ou des bénéficiaire(s) désignés tels que définis à l'article 28.2, un capital fixé comme suit :

##### Capital de base

- 175 % du salaire de référence tranche A tel que défini à l'article 17.1
- 300 % du salaire de référence tranche B tel que défini à l'article 17.1

##### Majoration par enfant à charge

- 30 % du salaire de référence tranche A et tranche B tel que défini à l'article 17.1

Dès lors qu'un assuré est reconnu par la Sécurité sociale en invalidité absolue et définitive ou par assimilation dès lors qu'il est atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, il peut demander le versement par anticipation du capital décès toutes causes.

L'assuré dispose d'un délai de deux ans à compter de la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'invalidité absolue et définitive ou de l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % pour effectuer sa demande de paiement par anticipation du capital décès toutes causes auprès des organismes assureurs.

**Ce versement anticipé met fin à la garantie capital décès toutes causes de l'assuré.**

#### II - « Double effet » ou capital orphelin

Lorsque le décès du conjoint de l'assuré, de son concubin ou de son partenaire de Pacs, intervient simultanément ou postérieurement au décès ou à la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive ou de l'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % de l'assuré, et au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement, il est versé aux enfants encore à charge tels que définis au chapitre VIII - Définitions, un capital dont le montant est le suivant :

- 100 % du capital de base versé en cas de décès toutes causes.

Ce capital est réparti par parts égales entre les enfants restant à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Le versement anticipé du capital « Double Effet » en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs faisant suite à l'invalidité absolue et définitive ou à l'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, de l'assuré met fin à la garantie « Double effet » en cas de décès.

#### III - Décès / IAD par accident

En cas de décès d'origine accidentelle de l'assuré, il est versé un capital supplémentaire au capital décès toutes causes dont le montant est le suivant :

- 50 % du capital de base versé en cas de décès toutes causes.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré faisant suite à un accident ou, par assimilation en cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % d'origine accidentelle, le capital décès supplémentaire pour accident peut être versé par anticipation à la demande de l'assuré.

L'assuré dispose d'un délai de deux ans à compter de la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'invalidité absolue et définitive faisant suite à un accident ou de l'incapacité permanente professionnelle d'origine accidentelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % pour effectuer sa demande de paiement par anticipation du capital décès toutes causes auprès des organismes assureurs.

**Le versement par anticipation du capital décès accidentel au titre de l'invalidité absolue et définitive ou de l'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale consécutive à un accident met fin à la garantie capital décès par accident.**

### 28.2. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des capitaux dus par les organismes assureurs dans l'hypothèse du décès de l'assuré sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès des organismes assureurs :

- soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaires du capital en cas de décès mis à disposition, au moment de l'affiliation de l'assuré ou ultérieurement,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé ; et dans ce cas, l'assuré doit en informer des organismes assureurs.

L'assuré peut modifier sa désignation à tout moment à condition que le (ou les) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance. En effet, la désignation du (ou des) bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par ce (ou ces) dernier(s), si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié aux organismes assureurs pour lui être opposable ;
- soit par un écrit signé conjointement de l'assuré, du bénéficiaire désigné et des organismes assureurs.

**Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, l'assuré ne peut plus modifier la désignation effectuée sans son accord.**

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, 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 ou au partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut et par parts égales aux enfants vivants ou représentés ;
- à défaut, aux petits enfants par parts égales ;
- à défaut de descendants directs, aux parents survivants par parts égales ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts égales ;
- à défaut, et par parts égales, aux frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

**En cas de pluralité de bénéficiaires 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 cas de reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive toutes causes ou par accident ou, par assimilation, de l'état d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, le bénéficiaire du capital de base est l'assuré.**

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, le ou les bénéficiaires du capital pour orphelin(s) ainsi que des capitaux correspondant à la majoration de la prestation pour enfants à charge versés en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, sont les enfants à charge par parts égales entre eux.

Ces capitaux sont versés directement aux enfants à charge s'ils sont majeurs ou, s'ils sont mineurs non émancipés, pour leur compte à la personne qui, au moment du versement du capital, assume leur charge effective et permanente. Si le bénéficiaire est majeur protégé, le capital est servi pour son compte à son représentant légal.

### 28.3. Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir », et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive ou l'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale, du contrôle médical prévu à l'article 20 des présentes Conditions générales.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

## ARTICLE 29. RENTE ÉDUCATION

### 29.1. Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale, il est versé à chaque enfant à charge tels que définis au Chapitre VIII – Définitions, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- **9 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.1.**

Le décès de l'assuré consécutif à la reconnaissance de son état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal

à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré.

## 29.2. Bénéficiaires de la garantie et conditions de règlement

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge tels que définis au chapitre VIII des présentes Conditions générales.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Si l'enfant est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant de l'assuré.

Si l'enfant est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée sur sa demande.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme d'avance sur production des pièces et justificatifs prévus au tableau des pièces à fournir et sont calculées à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit le décès de l'assuré ou la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

## 29.3. Terme de l'indemnisation

**Le service des rentes éducation cesse :**

- à dater du dernier jour du trimestre civil où l'enfant cesse d'être à charge,
- et en tout état de cause au premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

La rente est toutefois versée sans limitation de durée, pour les enfants atteints avant leur 26<sup>e</sup> anniversaire d'une incapacité permanente et qui, à la date du décès, de la reconnaissance de l'IAD ou de l'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur

ou égal à 80 % de l'assuré, perçoivent à ce titre l'allocation pour adulte handicapé et sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

## ARTICLE 30. RENTE DE CONJOINT

### 30.1. Objet et montant de la garantie

**Rente viagère :** en cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, il est versé au conjoint survivant non divorcé et non séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire de Pacs ou à défaut au concubin notoire de l'assuré, une rente dont le montant annuel est égal à :

- $(65 - X) \times 0,20 \%$  du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.1  
X = âge de l'assuré au jour du décès

**Rente temporaire :** en cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, il est versé au conjoint survivant non divorcé et non séparé de corps judiciairement une rente dont le montant annuel est égal à :

- $(X - 25) \times 0,20 \%$  du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.1  
X = âge de l'assuré au jour du décès

### 30.2. Bénéficiaires de la garantie et conditions de règlement

#### 30.2.1. Bénéficiaires de la garantie

##### Au titre de la rente viagère

Le bénéficiaire est le conjoint survivant de l'assuré non divorcé et non séparé de corps judiciairement ou à défaut le concubin ou le partenaire lié par un Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), tels que définis au chapitre VIII des présentes Conditions générales.

##### Au titre de la rente temporaire

Le bénéficiaire est le conjoint survivant de moins de 55 ans de l'assuré non divorcé et non séparé de corps judiciairement, qui ne réunit pas les conditions requises pour bénéficier des pensions de réversion du ou/des régimes de retraite complémentaire(s) (Arrco, Agirc) au moment du décès de l'assuré ;

Il doit notamment remplir l'une des conditions suivantes :

- ne pas être invalide au sens de l'article L.341.1 du Code de la Sécurité sociale ;

- ne pas avoir à sa charge effective et permanente au moins deux enfants âgés de moins de 21 ans ou deux enfants dont l'un (sans condition d'âge) est invalide au sens de l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

### 30.2.2. Conditions de règlement

Elle est versée par quart trimestriellement et à terme d'avance sur production des pièces et justificatifs à fournir, et est calculée à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit le décès de l'assuré.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

Le bénéficiaire de rentes de conjoint est tenu de notifier dans un délai d'un mois à l'organisme ayant recueilli l'adhésion tout changement intervenant dans sa situation familiale. Il doit répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

## 30.3. Terme de l'indemnisation

Le service de la rente viagère cesse :

- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

Le service de la rente temporaire cesse :

- à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions visées à l'article 30.2.1. ci-dessus, et en tout état de cause au dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

## ARTICLE 31. INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

### 31.1. Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, indemnisé 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), les organismes assureurs versent des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité

sociale, pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, les organismes assureurs versent des indemnités journalières en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Ainsi, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

#### 31.1.1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de **60 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

#### 31.1.2. Appréciation du crédit d'indemnisation

- **Pour les salariés satisfaisant aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale :**

La franchise discontinue est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale et non indemnisés par les organismes complémentaires au cours des 12 derniers mois consécutifs précédant la date de l'arrêt de travail en cause.

Dès lors que la franchise est atteinte, l'arrêt de travail, entrant dans le cadre du crédit d'indemnisation défini ci-dessus, donnera lieu à prestation par les organismes assureurs dès indemnisation par la Sécurité sociale de l'arrêt de travail.

- **Pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale :**

La franchise discontinue est appréciée au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours, non indemnisés par les organismes assureurs, d'arrêt de travail prescrit médicalement et reconnu par le médecin conseil des organismes assureurs au cours des 12 derniers mois consécutifs précédant la date de l'arrêt de travail en cause. La franchise que la Sécurité sociale aurait appliquée si ces personnes avaient satisfait aux conditions d'ouverture des droits à prestations en espèces de la Sécurité sociale est reconstituée de façon théorique pour chaque arrêt et non comptabilisée dans le décompte des jours d'arrêt de travail retenus pour la détermination de la franchise discontinue.

Dès lors que la franchise est atteinte, l'arrêt de travail, entrant dans le cadre du crédit d'indemnisation défini ci-dessus, donnera lieu à prestation par les organismes assureurs dès indemnisation par la Sécurité sociale reconstituée théoriquement de l'arrêt de travail reconnu par le médecin conseil des organismes assureurs.

### 31.1.3. Montant de la prestation

• 80 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.2, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et y compris tout salaire ou complément de salaire brut.

**Lorsque l'assuré ne satisfait pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, cette prestation s'entend sous déduction des prestations de la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique et de tout autre salaire ou complément de salaires bruts.**

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 (dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail et dans les deux jours suivant la prescription de prolongation), les organismes assureurs versent les prestations complémentaires dues en tenant compte des prestations de la Sécurité sociale non réduites.

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle du principe indemnitaire défini ci-dessous.

L'assuré doit sans délai informer les organismes assureurs de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, l'assuré doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées.

### 31.1.4. Principe indemnitaire

En aucun cas, le cumul des prestations versées par la Sécurité sociale, les organismes assureurs ou tout autre organisme ainsi que notamment les salaires ou revenus de remplacement ne peuvent conduire le salarié à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire net à payer d'activité, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini aux présentes conditions générales.

En cas de dépassement, la prestation servie par les organismes assureurs sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé à l'assuré les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Toutefois, pour les salariés en temps partiel thérapeutique, en cours d'indemnisation au titre du présent contrat, l'application de ce principe indemnitaire ne saurait conduire, en cas d'augmentation de leur rémunération, à une diminution des prestations versées (étant précisé que le salaire de référence servant de base au calcul des prestations n'est pas modifié et que les prestations continuent à être revalorisées selon l'article 18.2 prévu au chapitre V « Les prestations »).

### 31.1.5 Rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent. La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

Par ailleurs, chaque fois que l'assuré sera atteint d'une maladie longue et coûteuse au sens des articles L. 322-3 et D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, il ne sera pas tenu compte de la durée de la reprise du travail pour considérer qu'il s'agit toujours d'une même affection et pour continuer le versement des indemnités journalières sans application du délai de franchise.

Les assurés doivent fournir aux organismes assureurs toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si l'assuré refuse de fournir les informations, les organismes assureurs peuvent suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

## 31.2. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- au jour de la reprise du travail à temps complet ;
- au jour de la reprise du travail à temps partiel, sauf si celle-ci est autorisée pour des raisons thérapeutiques et que des prestations sont servies par la Sécurité sociale ;
- à la date de liquidation totale de la pension de retraite de l'assuré, servie par le régime général de la Sécurité sociale, à l'exception des assurés se trouvant



en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur,

- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs ;
- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale, ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître l'état d'incapacité temporaire de l'assuré ;
- au plus tard, au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

### 31.3. Conditions de règlement des prestations

Lorsque l'assuré ne satisfait pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin conseil des organismes assureurs.

Les décisions des organismes assureurs 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 dans les conditions définies à l'article 21 du chapitre VII.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil des organismes assureurs ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

Les demandes d'indemnités journalières doivent être transmises dès réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe des présentes Conditions générales, et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations de la Sécurité sociale), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant de l'assuré et réception de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale. Les indemnités journalières sont versées directement au souscripteur au fur et à mesure de la présentation de ces pièces justificatives, et en cas de rupture du contrat de travail, à l'assuré lui-même.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

Les organismes assureurs sont habilités à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

## ARTICLE 32. INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

### 32.1. Objet de la garantie et montant de la prestation

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou, le cas échéant, par le médecin conseil des organismes assureurs pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des prestations en espèces de la Sécurité sociale) de l'état d'invalidité de l'assuré telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou de l'état d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré d'un taux égal ou supérieur à 33 % en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, les organismes assureurs versent une rente complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, les organismes assureurs peuvent accepter, après décision médicale, de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale, selon les modalités définies à l'article 32.3 ci-après.

Ainsi, la prestation complémentaire est versée en déduisant les prestations, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

#### 32.1.1. Montant de la prestation

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale, reconstituées de manière théorique pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, est défini comme suit :

**En cas d'invalidité 1<sup>re</sup> catégorie Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % :**

- 50 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.3

**En cas d'invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :**



- **80 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à l'article 17.3**

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs, la rente versée par les organismes assureurs est modifiée à partir de la même date.

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale de rente d'invalidité ou d'incapacité permanente, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle du principe indemnitaire défini ci-dessous.

L'assuré doit sans délai informer les organismes assureurs de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, l'assuré doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées.

### 32.1.2. Principe indemnitaire

**En aucun cas, le cumul des prestations versées par la Sécurité sociale, les organismes assureurs ou tout autre organisme ainsi que notamment tous les salaires ou les revenus de remplacement ne peuvent conduire le salarié à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire net à payer d'activité, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini aux présentes Conditions générales. Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale au titre de l'assistance d'une tierce personne n'entre pas dans ce calcul.**

En cas de dépassement, la prestation servie par les organismes assureurs sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé à l'assuré les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

**Toutefois, pour les salariés en invalidité 1<sup>re</sup> catégorie, en cours d'indemnisation au titre du présent contrat, l'application de ce principe indemnitaire ne saurait conduire, en cas d'augmentation de leur rémunération, à une diminution des prestations versées (étant précisé que le salaire de référence servant de base au calcul des prestations n'est pas modifié et que les prestations continuent à être revalorisées selon l'article 18.2. prévu au chapitre V « Les prestations »).**

## 32.2. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- au jour auquel l'assuré cesse de percevoir une pension

d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale, ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente de l'assuré ;

- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33 % ;
- du jour où cesse le classement de l'assuré en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale ;
- du jour de la reprise du travail à temps complet ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension de retraite de l'assuré, servie par le régime général de la Sécurité sociale, à l'exception des assurés se trouvant en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;
- du jour de la reprise du travail à temps partiel, sauf si celle-ci est autorisée pour des raisons thérapeutiques et que des prestations sont servies par la Sécurité sociale ;
- au jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes est repris à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs, que l'état d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré est redevenue supérieure à 33 % ou que son état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, ou 3<sup>e</sup> catégorie et ce, dans les limites fixées aux points 4 à 7 ci-dessus.

## 32.3. Conditions de règlement des prestations

### 32.3.1. 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 ou incapacité permanente professionnelle, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, est effectué par le médecin conseil des organismes assureurs, en accord avec le médecin traitant du salarié et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions des organismes assureurs 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 dans les conditions définies à l'article 21 du chapitre VII.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil des organismes assureurs ; son droit à prestation

sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

### 32.3.2. Modalités de règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être transmises dès réception des décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale sur production des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe des présentes Conditions générales, et à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations de la Sécurité sociale), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant de l'assuré et réception de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Les rentes sont versées directement à l'assuré

à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale (ou selon appréciation du médecin conseil des organismes assureurs).

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

Les organismes assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'événement et en cours de service de prestations.

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations

### DOCUMENTS À FOURNIR

	Incapacité temporaire de travail (IJ)	Rente invalidité, IPP	Décès IAD	Rente éducation	Rente de conjoint
Demande d'indemnités journalières, signée de l'établissement	●				
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●				
Déclaration d'arrêt de travail	●	●			
En cas de rechute, certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection	●	●			
Photocopie des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●	●
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		●			
Justificatif attestant de la poursuite du versement des rentes de la Sécurité sociale		●			
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée		●	●		
Demande de capital Décès signée de l'entreprise			●		
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●	●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un 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			●		●
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 communs, 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 attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, délivré par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou du lieu de conclusion du Pacs (attestation de moins de trois mois.)			●	●	●
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant du participant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●		
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié			●	●	
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 21 ans, copie du certificat d'apprentissage ...			●	●	
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				●	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie (ou IPP ≥ 80%)			●	●	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès de l'assuré			●		
Demande de rente signée de l'entreprise		●		●	●
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			●	●	●
Attestation d'inscription à Pole Emploi				●	
Photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le ou les concernant			●	●	
Relève d'identité bancaire ou de caisse d'épargne pour les prestations versées sous forme de rente	●	●	●	●	●

En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande ci-dessus.

# Additif aux Conditions Générales relatif à la portabilité des droits



Le présent document est un complément aux conditions générales du contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire que vous avez souscrit auprès de Mutex.

Il a pour objet de compléter ou remplacer les dispositions relatives à la portabilité des droits à effet du 1<sup>er</sup> juin 2015.

## PORTABILITE DES DROITS

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

### Article 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 (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé, notamment) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme 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 couverture de prévoyance complémentaire ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

### Article 2 - Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

#### A - Date d'effet

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

#### B - Durée

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

Les anciens salariés du souscripteur dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat bénéficient du maintien des garanties pendant toute la période de maintien de leurs droits restants à courir.

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

#### C - Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que l'ancien salarié 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 5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

#### D - Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

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

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

### Article 3 - Financement du maintien des garanties

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

### Article 4 – Garanties et Prestations maintenues

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

#### • Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.

#### • Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, **les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité.**

#### • Cumul des prestations

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

### Article 5 – Modifications contractuelles - Résiliation

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

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

- au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au maintien du versement, au niveau atteint à la date de résiliation, des prestations en cours de service,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

### Article 6 – Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- remettre à chacun des salariés l'additif à la notice d'information relatif à la portabilité des droits établi par MUTEX ; la preuve de la remise de cet additif incombe à l'employeur,
- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif),
- déclarer, lors de la souscription, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, et parmi eux, ceux bénéficiaires de prestations complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale en vertu d'un précédent contrat de prévoyance collective obligatoire.

[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

#### Assureur des garanties :

##### MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040  
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex

#### ◉ MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance  
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 :*  
125, avenue de Paris  
92327 CHÂTILLON CEDEX

#### ◉ MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX  
du Code de la Sécurité sociale, jouissant de la personnalité civile dans  
les conditions prévues à l'article L.931-1 du Code de la Sécurité sociale  
et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale  
Inscrite au Registre du commerce et des sociétés de Paris  
sous le numéro 388 952 350  
*Siège social :*  
21, rue Laffitte  
75009 PARIS

#### ◉ MUTUELLE CHORUM

Mutuelle soumise  
aux dispositions du Livre II  
du Code de la mutualité  
Immatriculée au répertoire Sirene  
sous le numéro 784 621 419

*Siège social :*  
50-60, rue Nationale  
75013 PARIS