

Devoir d'information et de conseil Prévoyance Collective du 11/12/2023

Contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire

Informations préalables à la souscription de votre contrat collectif de prévoyance

Ce document est précontractuel. Les informations demandées sont nécessaires pour déterminer vos attentes en matière de prévoyance collective obligatoire. Elles sont recueillies dans votre intérêt avec pour finalité la délivrance d'une proposition de contrat cohérente avec vos besoins et exigences, conformément à l'article L.521-4, I du code des assurances.

I - PRESENTATION DE L'ASSUREUR ET DE SON DISTRIBUTEUR

DISTRIBUTEUR

HARMONIE MUTUELLE
143 RUE BLOMET
75015 PARIS
N° de SIREN : 538518473
Mutuelle régie par le code de la Mutualité
agréée pour les branches 2

ASSUREUR

MUTEX
Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
140, avenue de la République - CS 30007
92327 Châtillon cedex
Entreprise régie par le code des assurances
RCS Nanterre n° : 529 219 040

Cette étude est présentée par :

CHAHY BENAOUA
143 rue Blomet
75015 PARIS
Téléphone : 0980980880
E-mail : benaouda.chahi@harmonie-mutuelle.fr

Le personnel de la mutuelle distribuant les garanties d'assurance perçoit une rémunération conditionnée pour partie à l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs et le cas échéant des avantages économiques liés à l'atteinte d'objectifs similaires.

Vous pouvez saisir le médiateur dès réception de la réponse (ou en l'absence de réponse 2 mois après l'envoi de la réclamation) en ligne : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou par voie postale : CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 SAINT-CHAMOND

Réclamations liées à la commercialisation : Formulez votre réclamation auprès de votre interlocuteur habituel, ou par écrit via "Harmonie&Moi" ou courrier postal envoyé à votre centre de gestion. Une réponse y sera apportée dans un délai de 2 mois maximum à compter de l'envoi.

Pour son activité de distribution Harmonie mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)- 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

II - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Document d'information et de conseil établi pour :

CC DU PITHIVERAIS
ZA DU MOULIN DE PIERRE
5 RTE DE TOURY
45300 PITHIVIERS

N° SIRET : 20006628000070

Code NAF : 3700Z

CCN : Eau : services et assainissement (IDCC 2147 / JO 3302)

Entreprise sous DSN : Oui

Pour son personnel :

- Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017
- Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Rappel de l'environnement juridique, fiscal et social associé

Le régime de prévoyance obligatoire que vous souhaitez assurer doit être mis en place par un des moyens énumérés à l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale : accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur.

Pour que votre financement bénéficie de l'exonération de cotisations de Sécurité sociale prévue à l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application, il vous appartient de vérifier, notamment, que votre régime :

- instaure des garanties obligatoires,
- bénéficie à l'ensemble des salariés ou à une catégorie de salariés considérée comme objective,
- prévoit un taux de cotisation uniforme et des garanties identiques pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

Il vous incombe également de vérifier que les conditions de déductibilité fiscale des cotisations sont bien remplies (art. 83 du code général des impôts).

Nous attirons votre attention sur l'obligation de financement à votre charge exclusive, à hauteur de 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), affectée en priorité aux garanties décès, au bénéfice de vos salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 (anciennement articles 4 et 4 bis de la Convention Collective des cadres du 14 mars 1947).

La définition du régime de prévoyance que vous souhaitez assurer et ses adaptations successives relève de votre seule responsabilité, en tant qu'employeur, notamment pour le bénéfice des exonérations fiscales et sociales rappelées ci-dessus.

Ce document N° NC7LMNXM92 est réalisé à partir des éléments de tarification définis ci-après.

III - RECUEIL DE VOS BESOINS ET EXIGENCES

Lors de nos échanges, vous nous avez communiqué les éléments suivants, afin de déterminer un contrat cohérent avec vos besoins et exigences.

Date d'effet souhaitée : 01/01/2024

Convention collective applicable que vous nous avez déclarée : Eau : services et assainissement (IDCC 2147 / JO 3302)

✓ **Vous souhaitez faire bénéficier d'un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire :**

- **la catégorie de personnel :** Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Effectif à assurer : 1 salarié

Age moyen : 53 ans

Masse salariale Tranche A : **43 992 €** Tranche B : **667 €**

Couverture souhaitée :TA/TB

TA = tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

TB = tranche de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

- **la catégorie de personnel :** Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Effectif à assurer : 7 salariés

Age moyen : 44 ans

Masse salariale Tranche A : **204 535 €**

Couverture souhaitée :TA

TA = tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

✓ **Les éléments complémentaires sur votre entreprise**

Nous vous informons que, sont considérés comme « Sinistres en cours » :

- les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle,
- les anciens salariés bénéficiant de prestations au titre d'un contrat de prévoyance collective (y compris des anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits),
- les ayants droit d'anciens salariés décédés, et bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, au titre d'un contrat de prévoyance collective.

Nombre de « sinistres en cours »	0
----------------------------------	----------

✓ **Votre besoin de couverture**

Vous souhaitez :

- ☐ mettre en place des garanties de prévoyance collective en l'absence d'obligation conventionnelle.
- ☐ mettre en place des garanties au plus près des obligations conventionnelles et légales.
- ☐ mettre en place des garanties supérieures aux obligations conventionnelles et légales.

IV - NOTRE PROPOSITION - VOTRE CHOIX

Compte tenu de la situation de votre entreprise et des exigences et besoins que vous avez exprimés, nous vous proposons de souscrire le contrat Prévoyance Collective TPE qui est cohérent avec vos attentes.

Cette proposition est établie selon les éléments que vous nous avez communiqués et **sur la base des tarifs en vigueur au 11/12/2023.**

Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017 Prévoyance Collective TPE	
En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	
Capital Décès - IAD toutes causes	
(en % du salaire de référence)	
• Célibataire, veuf, divorcé	200%
• Marié, concubin, pacsé	200%
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON
Allocation obsèques	
• Assuré	100 % du PMSS
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS
En cas d'arrêt de travail d'un salarié	
- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
Indemnités Journalières	
(en % du salaire de référence)	
Montant	80%
Franchise continue	60 jours
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non
Rente Invalidité	
(en % du salaire de référence)	
• 1ère catégorie	48%
• 2ème et 3ème catégorie	80%
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
(en % du salaire de référence)	
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP
Et en complément, pour les salariés	
Exonération des cotisations	En inclusion
Des garanties et services d'assistance	En inclusion
Taux de cotisation	
Tranche A	1,69 %
Tranche B	2,76 %
Tranche C	0,00 %
Budget estimé par mois	63,49 €
Budget total	761,87 €

Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Prévoyance Collective TPE

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Capital Décès - IAD toutes causes	
(en % du salaire de référence)	
• Célibataire, veuf, divorcé	100%
• Marié, concubin, pacsé	100%
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON
Allocation obsèques	
• Assuré	100 % du PMSS
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS

En cas d'arrêt de travail d'un salarié

- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale

Indemnités Journalières	
(en % du salaire de référence)	
Montant	80%
Franchise continue	60 jours
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non
Rente Invalidité	
(en % du salaire de référence)	
• 1ère catégorie	48%
• 2ème et 3ème catégorie	80%
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
(en % du salaire de référence)	
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP

Et en complément, pour les salariés

Exonération des cotisations	En inclusion
Des garanties et services d'assistance	En inclusion
Taux de cotisation	
Tranche A	1,12 %
Tranche B	0,00 %
Budget estimé par mois	190,90 €
Budget total	2 290,79 €
Budget global estimé par mois	254,39 €
Budget global	3 052,66 €

Le salaire de référence des cotisations et des prestations est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au cours des douze derniers mois. Il est majoré, le cas échéant, des rémunérations variables supplémentaires versées sur cette même période (13ème mois, prime de vacances...) à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés...).

Nous vous rappelons que :

- le contrat ne couvre pas la part de rémunération supérieure à 8 PASS. Si vous souhaitez être couvert sur l'intégralité de la rémunération, vous pouvez demander une étude Sur mesure,
- le versement des indemnités journalières ne débute qu'à compter d'une période de franchise choisie par l'entreprise, La garantie incapacité temporaire de travail n'a pas pour objet d'assurer votre obligation de maintien de salaire, en cas de maladie ou accident de vos salariés, mise à votre charge au titre de la loi ou de votre convention collective. L'assurance de cette obligation qui vous incombe devra faire l'objet d'une couverture distincte.
- la durée maximum d'indemnisation est limitée à 1095 jours d'arrêt de travail pour l'incapacité temporaire,
- le montant de la prestation versée à l'assuré ne saurait, en s'ajoutant à l'indemnisation de la Sécurité sociale et à l'éventuel salaire versé par l'employeur, lui permettre de percevoir plus de 100% de son salaire net d'activité. La garantie ITT peut en fonction de la franchise choisie intervenir durant une période d'arrêt de travail durant laquelle l'entreprise peut être tenue de maintenir le salaire en application des dispositions légales ou conventionnelles de branche, obligation qui n'a pas par principe à être financée par les salariés.

Les exclusions de garanties et limites de garanties vous sont rappelées dans le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») qui vous a été remis.

Grâce aux éléments que vous nous avez communiqués, nous vous informons que vos salariés ne sont pas soumis à des formalités médicales. Notre proposition tarifaire est définitive. Le tarif est établi en considérant qu'il n'y a pas de sinistres en cours à la date de la présente proposition commerciale.

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR CHOISI NOTRE CONTRAT PREVOYANCE COLLECTIVE

COMMENT SOUSCRIRE NOTRE CONTRAT ?

Vous avez déclaré ne pas avoir de sinistres en cours en date du __/__/__

Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre :

- le document « Devoir d'information et de conseil » complété et signé.
- la liste du personnel de votre entreprise (uniquement si votre entreprise n'est pas encore sous DSN et/ou s'il y a des formalités médicales à l'adhésion).

A compter de la date de déclaration des sinistres en cours, la proposition tarifaire est valable :

- **3 mois en cas de création de régime ;**
- **jusqu'au 31 décembre de l'année en cours en cas de reprise d'un régime précédemment assuré par un autre organisme assureur** (effet du contrat au 1er janvier de l'année suivante).

Au regard des informations que vous nous avez communiquées et des règles de souscription s'appliquant à la gamme choisie, vos salariés ne sont pas soumis à des formalités médicales.

Nous vous informons que si vous souhaitez souscrire à notre contrat de prévoyance, le règlement des prestations sera conditionné à son retour signé dans un délai de deux mois suivant sa date d'émission et du paiement de l'éventuelle prime unique correspondant au coût de la prise en charge des sinistres en cours, sous réserve des modalités de règlement définies aux conditions générales. Dans le cas contraire, le contrat deviendra caduc et les éventuelles cotisations payées seront le cas échéant, remboursées.

Prise de connaissance du document et sincérité des informations fournies

Je soussigné(e), _____, agissant en qualité de représentant légal⁽¹⁾ de l'entreprise CC DU PITHIVERAIS :

- reconnais avoir reçu les informations figurant dans le présent document notamment sur l'environnement juridique fiscal et social associé, le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») ainsi que les Conditions Générales du contrat préalablement à la proposition de contrat,
- certifie sincères et véritables les informations données ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai bénéficier d'une proposition cohérente avec la situation de mon entreprise,
- accepte la solution proposée et demande à souscrire le contrat.

Fait en deux exemplaires à : _____

Le : ____/____/____

Extrait du JO constatant la déclaration en préfecture ou Extrait K-Bis de moins de 3 mois (et éventuellement le cachet de l'entreprise)

Signature

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur et par l'organisme distributeur. Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat.

Les données à caractère personnel des collaborateurs de votre structure sont indispensables à l'étude de votre dossier et pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre adaptée à vos besoins et attentes. Les données personnelles sont également traitées pour la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux. En outre, les données personnelles pourront être traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime de Mutex et/ou l'organisme distributeur afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les traitements correspondent notamment à la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, à des opérations de prospection et de lutte contre la fraude.

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

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités et sont conformes aux recommandations de la CNIL. Si le contrat n'aboutit pas, dans le cadre de la prospection, vos données sont conservées pour une durée de trois ans au maximum après le dernier contact. Si le contrat aboutit, dans le cadre de la gestion et de l'exécution contractuelle, vos données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Mutex et l'organisme distributeur sont tenus de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation des données personnelles, sont susceptibles de solliciter votre structure pour les vérifier ou pour compléter votre dossier. Vous, et toute personne dont les données personnelles sont collectées, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail : dpo@mutex.fr, ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex.

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

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

(1) Si vous n'êtes pas le représentant légal de l'entreprise et agissez en vertu d'une délégation de pouvoir de ce dernier, faites précéder votre signature de la mention « par délégation » en indiquant vos nom, prénom et qualité.

Devoir d'information et de conseil Prévoyance Collective du 11/12/2023

Contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire

Informations préalables à la souscription de votre contrat collectif de prévoyance

Ce document est précontractuel. Les informations demandées sont nécessaires pour déterminer vos attentes en matière de prévoyance collective obligatoire. Elles sont recueillies dans votre intérêt avec pour finalité la délivrance d'une proposition de contrat cohérente avec vos besoins et exigences, conformément à l'article L.521-4, I du code des assurances.

I - PRESENTATION DE L'ASSUREUR ET DE SON DISTRIBUTEUR

DISTRIBUTEUR

HARMONIE MUTUELLE
143 RUE BLOMET
75015 PARIS
N° de SIREN : 538518473
Mutuelle régie par le code de la Mutualité
agréée pour les branches 2

ASSUREUR

MUTEX
Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
140, avenue de la République - CS 30007
92327 Châtillon cedex
Entreprise régie par le code des assurances
RCS Nanterre n° : 529 219 040

Cette étude est présentée par :

CHAHY BENAOUA
143 rue Blomet
75015 PARIS
Téléphone : 0980980880
E-mail : benaouda.chahi@harmonie-mutuelle.fr

Le personnel de la mutuelle distribuant les garanties d'assurance perçoit une rémunération conditionnée pour partie à l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs et le cas échéant des avantages économiques liés à l'atteinte d'objectifs similaires.

Vous pouvez saisir le médiateur dès réception de la réponse (ou en l'absence de réponse 2 mois après l'envoi de la réclamation) en ligne : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou par voie postale : CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 SAINT-CHAMOND

Réclamations liées à la commercialisation : Formulez votre réclamation auprès de votre interlocuteur habituel, ou par écrit via "Harmonie&Moi" ou courrier postal envoyé à votre centre de gestion. Une réponse y sera apportée dans un délai de 2 mois maximum à compter de l'envoi.

Pour son activité de distribution Harmonie mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)- 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

II - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Document d'information et de conseil établi pour :

CC DU PITHIVERAIS
ZA DU MOULIN DE PIERRE
5 RTE DE TOURY
45300 PITHIVIERS

N° SIRET : 20006628000070

Code NAF : 3700Z

CCN : Eau : services et assainissement (IDCC 2147 / JO 3302)

Entreprise sous DSN : Oui

Pour son personnel :

- Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017
- Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Rappel de l'environnement juridique, fiscal et social associé

Le régime de prévoyance obligatoire que vous souhaitez assurer doit être mis en place par un des moyens énumérés à l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale : accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur.

Pour que votre financement bénéficie de l'exonération de cotisations de Sécurité sociale prévue à l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application, il vous appartient de vérifier, notamment, que votre régime :

- instaure des garanties obligatoires,
- bénéficie à l'ensemble des salariés ou à une catégorie de salariés considérée comme objective,
- prévoit un taux de cotisation uniforme et des garanties identiques pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

Il vous incombe également de vérifier que les conditions de déductibilité fiscale des cotisations sont bien remplies (art. 83 du code général des impôts).

Nous attirons votre attention sur l'obligation de financement à votre charge exclusive, à hauteur de 1,50% de la tranche de rémunération inférieure au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), affectée en priorité aux garanties décès, au bénéfice de vos salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 (anciennement articles 4 et 4 bis de la Convention Collective des cadres du 14 mars 1947).

La définition du régime de prévoyance que vous souhaitez assurer et ses adaptations successives relève de votre seule responsabilité, en tant qu'employeur, notamment pour le bénéfice des exonérations fiscales et sociales rappelées ci-dessus.

Ce document N° NC7LMNXM92 est réalisé à partir des éléments de tarification définis ci-après.

III - RECUEIL DE VOS BESOINS ET EXIGENCES

Lors de nos échanges, vous nous avez communiqué les éléments suivants, afin de déterminer un contrat cohérent avec vos besoins et exigences.

Date d'effet souhaitée : 01/01/2024

Convention collective applicable que vous nous avez déclarée : Eau : services et assainissement (IDCC 2147 / JO 3302)

✓ **Vous souhaitez faire bénéficier d'un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire :**

- **la catégorie de personnel :** Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Effectif à assurer : 1 salarié

Age moyen : 53 ans

Masse salariale Tranche A : **43 992 €** Tranche B : **667 €**

Couverture souhaitée :TA/TB

TA = tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

TB = tranche de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

- **la catégorie de personnel :** Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Effectif à assurer : 7 salariés

Age moyen : 44 ans

Masse salariale Tranche A : **204 535 €**

Couverture souhaitée :TA

TA = tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

✓ **Les éléments complémentaires sur votre entreprise**

Nous vous informons que, sont considérés comme « Sinistres en cours » :

- les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle,
- les anciens salariés bénéficiant de prestations au titre d'un contrat de prévoyance collective (y compris des anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits),
- les ayants droit d'anciens salariés décédés, et bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, au titre d'un contrat de prévoyance collective.

Nombre de « sinistres en cours »	0
----------------------------------	----------

✓ **Votre besoin de couverture**

Vous souhaitez :

- ☐ mettre en place des garanties de prévoyance collective en l'absence d'obligation conventionnelle.
- ☐ mettre en place des garanties au plus près des obligations conventionnelles et légales.
- ☐ mettre en place des garanties supérieures aux obligations conventionnelles et légales.

IV - NOTRE PROPOSITION - VOTRE CHOIX

Compte tenu de la situation de votre entreprise et des exigences et besoins que vous avez exprimés, nous vous proposons de souscrire le contrat Prévoyance Collective TPE qui est cohérent avec vos attentes.

Cette proposition est établie selon les éléments que vous nous avez communiqués et **sur la base des tarifs en vigueur au 11/12/2023.**

Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017 Prévoyance Collective TPE	
En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	
Capital Décès - IAD toutes causes	
(en % du salaire de référence)	
• Célibataire, veuf, divorcé	200%
• Marié, concubin, pacsé	200%
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON
Allocation obsèques	
• Assuré	100 % du PMSS
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS
En cas d'arrêt de travail d'un salarié	
- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
Indemnités Journalières	
(en % du salaire de référence)	
Montant	80%
Franchise continue	60 jours
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non
Rente Invalidité	
(en % du salaire de référence)	
• 1ère catégorie	48%
• 2ème et 3ème catégorie	80%
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
(en % du salaire de référence)	
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP
Et en complément, pour les salariés	
Exonération des cotisations	En inclusion
Des garanties et services d'assistance	En inclusion
Taux de cotisation	
Tranche A	1,69 %
Tranche B	2,76 %
Tranche C	0,00 %
Budget estimé par mois	63,49 €
Budget total	761,87 €

Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Prévoyance Collective TPE

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Capital Décès - IAD toutes causes	
(en % du salaire de référence)	
• Célibataire, veuf, divorcé	100%
• Marié, concubin, pacsé	100%
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON
Allocation obsèques	
• Assuré	100 % du PMSS
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS

En cas d'arrêt de travail d'un salarié

- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale

Indemnités Journalières	
(en % du salaire de référence)	
Montant	80%
Franchise continue	60 jours
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non
Rente Invalidité	
(en % du salaire de référence)	
• 1ère catégorie	48%
• 2ème et 3ème catégorie	80%
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
(en % du salaire de référence)	
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP

Et en complément, pour les salariés

Exonération des cotisations	En inclusion
Des garanties et services d'assistance	En inclusion
Taux de cotisation	
Tranche A	1,12 %
Tranche B	0,00 %
Budget estimé par mois	190,90 €
Budget total	2 290,79 €
Budget global estimé par mois	254,39 €
Budget global	3 052,66 €

Le salaire de référence des cotisations et des prestations est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au cours des douze derniers mois. Il est majoré, le cas échéant, des rémunérations variables supplémentaires versées sur cette même période (13ème mois, prime de vacances...) à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés...).

Nous vous rappelons que :

- le contrat ne couvre pas la part de rémunération supérieure à 8 PASS. Si vous souhaitez être couvert sur l'intégralité de la rémunération, vous pouvez demander une étude Sur mesure,
- le versement des indemnités journalières ne débute qu'à compter d'une période de franchise choisie par l'entreprise, La garantie incapacité temporaire de travail n'a pas pour objet d'assurer votre obligation de maintien de salaire, en cas de maladie ou accident de vos salariés, mise à votre charge au titre de la loi ou de votre convention collective. L'assurance de cette obligation qui vous incombe devra faire l'objet d'une couverture distincte.
- la durée maximum d'indemnisation est limitée à 1095 jours d'arrêt de travail pour l'incapacité temporaire,
- le montant de la prestation versée à l'assuré ne saurait, en s'ajoutant à l'indemnisation de la Sécurité sociale et à l'éventuel salaire versé par l'employeur, lui permettre de percevoir plus de 100% de son salaire net d'activité. La garantie ITT peut en fonction de la franchise choisie intervenir durant une période d'arrêt de travail durant laquelle l'entreprise peut être tenue de maintenir le salaire en application des dispositions légales ou conventionnelles de branche, obligation qui n'a pas par principe à être financée par les salariés.

Les exclusions de garanties et limites de garanties vous sont rappelées dans le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») qui vous a été remis.

Grâce aux éléments que vous nous avez communiqués, nous vous informons que vos salariés ne sont pas soumis à des formalités médicales. Notre proposition tarifaire est définitive. Le tarif est établi en considérant qu'il n'y a pas de sinistres en cours à la date de la présente proposition commerciale.

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR CHOISI NOTRE CONTRAT PREVOYANCE COLLECTIVE

COMMENT SOUSCRIRE NOTRE CONTRAT ?

Vous avez déclaré ne pas avoir de sinistres en cours en date du __/__/__

Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre :

- le document « Devoir d'information et de conseil » complété et signé.
- la liste du personnel de votre entreprise (uniquement si votre entreprise n'est pas encore sous DSN et/ou s'il y a des formalités médicales à l'adhésion).

A compter de la date de déclaration des sinistres en cours, la proposition tarifaire est valable :

- **3 mois en cas de création de régime ;**
- **jusqu'au 31 décembre de l'année en cours en cas de reprise d'un régime précédemment assuré par un autre organisme assureur** (effet du contrat au 1er janvier de l'année suivante).

Au regard des informations que vous nous avez communiquées et des règles de souscription s'appliquant à la gamme choisie, vos salariés ne sont pas soumis à des formalités médicales.

Nous vous informons que si vous souhaitez souscrire à notre contrat de prévoyance, le règlement des prestations sera conditionné à son retour signé dans un délai de deux mois suivant sa date d'émission et du paiement de l'éventuelle prime unique correspondant au coût de la prise en charge des sinistres en cours, sous réserve des modalités de règlement définies aux conditions générales. Dans le cas contraire, le contrat deviendra caduc et les éventuelles cotisations payées seront le cas échéant, remboursées.

Prise de connaissance du document et sincérité des informations fournies

Je soussigné(e), _____, agissant en qualité de représentant légal⁽¹⁾ de l'entreprise CC DU PITHIVERAIS :

- reconnais avoir reçu les informations figurant dans le présent document notamment sur l'environnement juridique fiscal et social associé, le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») ainsi que les Conditions Générales du contrat préalablement à la proposition de contrat,
- certifie sincères et véritables les informations données ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai bénéficier d'une proposition cohérente avec la situation de mon entreprise,
- accepte la solution proposée et demande à souscrire le contrat.

Fait en deux exemplaires à : _____

Le : ____/____/____

Extrait du JO constatant la déclaration en préfecture ou Extrait K-Bis de moins de 3 mois (et éventuellement le cachet de l'entreprise)

Signature

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur et par l'organisme distributeur. Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat.

Les données à caractère personnel des collaborateurs de votre structure sont indispensables à l'étude de votre dossier et pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre adaptée à vos besoins et attentes. Les données personnelles sont également traitées pour la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux. En outre, les données personnelles pourront être traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime de Mutex et/ou l'organisme distributeur afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les traitements correspondent notamment à la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, à des opérations de prospection et de lutte contre la fraude.

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

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités et sont conformes aux recommandations de la CNIL. Si le contrat n'aboutit pas, dans le cadre de la prospection, vos données sont conservées pour une durée de trois ans au maximum après le dernier contact. Si le contrat aboutit, dans le cadre de la gestion et de l'exécution contractuelle, vos données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Mutex et l'organisme distributeur sont tenus de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation des données personnelles, sont susceptibles de solliciter votre structure pour les vérifier ou pour compléter votre dossier. Vous, et toute personne dont les données personnelles sont collectées, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail : dpo@mutex.fr, ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex.

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

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

(1) Si vous n'êtes pas le représentant légal de l'entreprise et agissez en vertu d'une délégation de pouvoir de ce dernier, faites précéder votre signature de la mention « par délégation » en indiquant vos nom, prénom et qualité.

Récapitulatif des taux de cotisations par famille de garanties

Salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Prévoyance Collective TPE		TA	TB	TC	Budget
En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)					
Capital Décès - IAD toutes causes					
(en % du salaire de référence)					
• Célibataire, veuf, divorcé	200%				
• Marié, concubin, pacsé	200%				
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%				
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non	0,95 %	0,95 %	0,00 %	424,26 €
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON				
Allocation obsèques					
• Assuré	100 % du PMSS				
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS				
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS				
En cas d'arrêt de travail d'un salarié					
<i>- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale</i>					
Indemnités Journalières					
(en % du salaire de référence)					
Montant	80%				
Franchise continue	60 jours				
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non				
Rente Invalidité					
(en % du salaire de référence)		0,73 %	1,81 %	0,00 %	333,21 €
• 1ère catégorie	48%				
• 2ème et 3ème catégorie	80%				
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)					
(en % du salaire de référence)					
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%				
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP				
Et en complément, pour les salariés					
Exonération des cotisations	En inclusion	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 €
Des garanties et services d'assistance	En inclusion	0,01 %	0,00 %	0,00 %	4,40 €
Taux de cotisation					
Tranche A			1,69 %		
Tranche B			2,76 %		
Budget estimé par mois			63,49 €		
Budget total			761,87 €		
Budget global estimé par mois			254,39 €		
Budget global			3 052,66 €		

Récapitulatif des taux de cotisations par famille de garanties

Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 11 2017

Prévoyance Collective TPE		TA	TB	Budget
En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)				
Capital Décès - IAD toutes causes				
(en % du salaire de référence)				
• Célibataire, veuf, divorcé	100%			
• Marié, concubin, pacsé	100%			
• Majoration pour enfant(s) ou personne(s) à charge	0%			
Option : niveau de garantie identique pour les Célibataires, veufs, divorcés avec enfant(s) ou personne(s) à charge et les Mariés, pacsés ou concubins avec enfant(s) ou personne(s) à charge	Non	0,19 %	0,00 %	388,62 €
Présence de minima conventionnel exprimé en PASS, SMIC ou Euros	NON			
Allocation obsèques				
• Assuré	100 % du PMSS			
• Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100 % du PMSS			
• Enfant à charge de 12 ans et plus	100 % du PMSS			
En cas d'arrêt de travail d'un salarié				
- Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale				
Indemnités Journalières				
(en % du salaire de référence)				
Montant	80%			
Franchise continue	60 jours			
Options Rachat de franchise en cas d'accident ou d'hospitalisation	Non			
Rente Invalidité				
(en % du salaire de référence)		0,92 %	0,00 %	1 881,72 €
• 1ère catégorie	48%			
• 2ème et 3ème catégorie	80%			
Rente Incapacité permanente professionnelle (IPP)				
(en % du salaire de référence)				
Incapacité supérieure ou égale à 66 %	80%			
Incapacité entre 33 % et 66 %	Rente calculée en fonction du taux d'IPP			
Et en complément, pour les salariés				
Exonération des cotisations	En inclusion	0,00 %	0,00 %	0,00 €
Des garanties et services d'assistance	En inclusion	0,01 %	0,00 %	20,45 €
Taux de cotisation				
Tranche A		1,12 %		
Budget estimé par mois		190,90 €		
Budget total		2 290,79 €		
Budget global estimé par mois		254,39 €		
Budget global		3 052,66 €		

Les avantages de notre offre...

Avec notre offre de Prévoyance Collective TPE - PME, protégez vos salariés à coût optimisé, grâce à un cadre fiscalement avantageux !

▪ Une couverture complète et modulable avec des services d'assistance

Notre offre prévoit une couverture s'adaptant à tous vos besoins, du plus simple au plus spécifique. Vous fixez vous-même le niveau des garanties pour le décès ou l'incapacité, les franchises -nombre de jours avant indemnisation de l'assureur- et choisissez des options complémentaires. C'est vous qui décidez de ce que vous voulez pour vos collaborateurs !

Notre offre propose également, en inclusion, des services d'assistance à disposition 24h/24 et 7j/7 : de l'aide au retour à l'emploi à la gestion de crise sur site, de l'accompagnement aux aidants aux prestations complémentaires aux garanties de prévoyance, tout est inclus !

▪ Un cadre de souscription fiscalement avantageux

Avantages sociaux*	Avantages fiscaux*
EXONERATION DE CHARGES SOCIALES PATRONALES jusqu'à 6 % du PASS + 1.5 % SAB** Maximum à ne pas dépasser : 12% du PASS*** <i>Plafond global d'exonération des cotisations patronales frais de santé et prévoyance</i> Votre contribution est soumise à la CSG-CRDS et au forfait social de 8% si votre entreprise a 11 salariés et plus	PLAFOND DE DEDUCTIBILITE DU REVENU IMPOSABLE jusqu'à 5 % du PASS + 2 % du SAB** Montant déductible à ne pas dépasser : 2% de 8 PASS*** <i>Plafond global de déductibilité des cotisations frais de santé et prévoyance</i>

* Sous réserve de respecter les conditions d'exonération posées par la législation et ses textes d'application

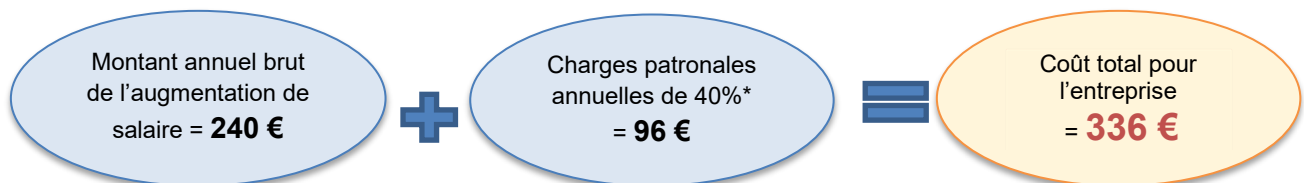
** SAB : Salaire Annuel Brut *** PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale

▪ Un élément de rémunération à coût optimisé

Lorsque vous souscrivez à un contrat de prévoyance collective et obligatoire, vous améliorez indirectement la rémunération de vos salariés tout en maîtrisant la gestion de votre masse salariale. Vous motivez et fidélisez ainsi vos salariés. Comparons, par exemple, une augmentation de salaire de 1% à la mise en place d'un contrat de prévoyance collective obligatoire dans le cas d'un salarié dont le salaire annuel brut est de 24 000 €.



Avec une augmentation de salaire de 1% :



*Taux moyen



Avec une contribution à un contrat de prévoyance (financé à 50% par vos soins, soit un taux de cotisation de 1 %) :

En mettant en place un régime de prévoyance, votre contribution annuelle est exonérée de charges et donc **vous coûte au final 240 €** (259 € si vous êtes soumis au forfait social de 8%). Cette contribution pourra être déduite du résultat fiscal de votre entreprise au titre de l'article 39 du Code général des impôts

....et ses solutions digitales pour vous faciliter le quotidien

Pour vous, un accès digital unique et gratuit



Cet espace dédié permet de vous aider au quotidien à réaliser à distance de nombreuses démarches de gestion :

- Finis les avis d'appel de cotisations papier à retourner grâce à la **Déclaration Sociale Nominative (DSN)**! En effet, la **DSN** est une déclaration basée sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie.
- Réglez vos cotisations simplement et en toute sécurité grâce au **télé-règlement**! Il suffit d'envoyer une demande de prélèvement à l'assureur,
- **Simplifiez vos démarches de déclaration ou de prolongation d'arrêt de travail** grâce à un nouveau service d'échange automatisé des décomptes d'indemnités journalières entre l'Assurance Maladie et l'assureur.



Des services d'information

Sur votre Espace Correspondant Employeur, vous pourrez également trouver des informations nécessaires, ainsi que des fiches pratiques téléchargeables, **pour vous accompagner dans la gestion de vos salariés ou de vos obligations légales**. Nous mettons en effet à votre disposition des « kits services » sur les thèmes suivants:

- **Portabilité des droits en prévoyance** : information sur les démarches à suivre et les obligations qui vous incombent à ce titre en tant qu'employeur;
- **Document Unique d'Evaluations des Risques (DUER)** : information sur cette obligation légale, ses contours et les sanctions applicables ;
- **Accueil d'un nouveau salarié** : accompagnement pour accueillir et intégrer au mieux un nouveau salarié, à travers le rappel des étapes clefs, entre obligations légales et relations humaines.
- **Démarches à réaliser** en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès d'un salarié.

Chaque « kit service » est constitué :

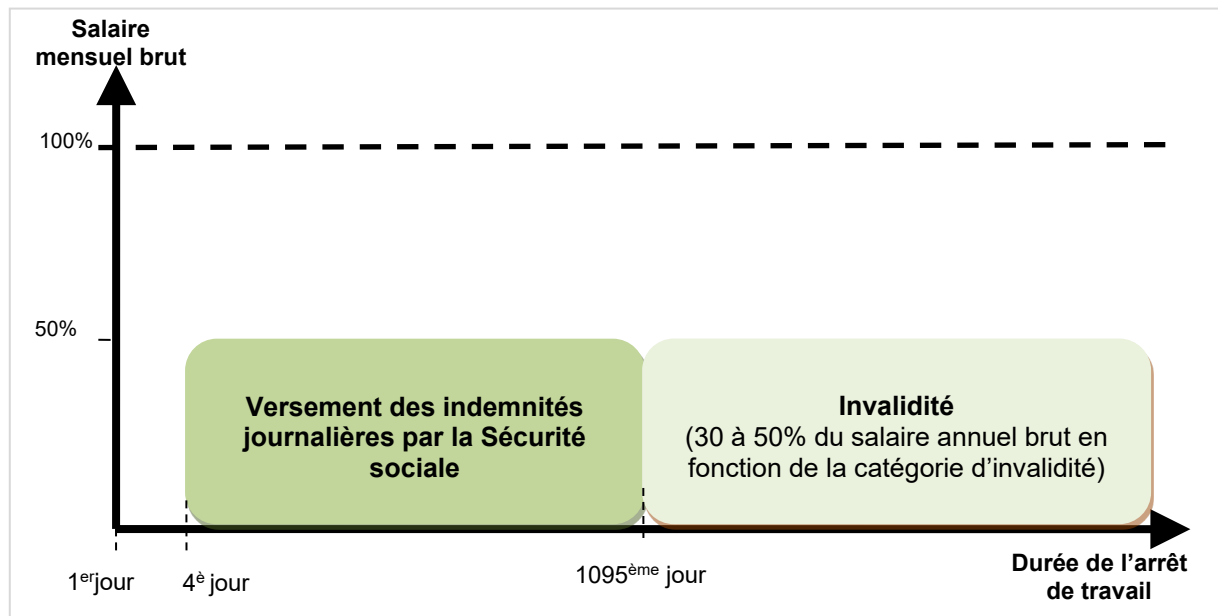
- **d'une vidéo d'animation** : d'environ 1 minute, mettant en évidence les principaux points à retenir sur chaque thématique.
- **de fiches pratiques téléchargeables** qui expliquent de manière synthétique vos démarches et obligations, voire celles de votre salarié (certaines fiches pouvant être directement remises aux salariés).

**Alors, n'hésitez plus à vous simplifier le quotidien,
Souscrivez puis connectez-vous sur votre espace personnel.**

Que se passe-t-il en cas d'arrêt de travail ?

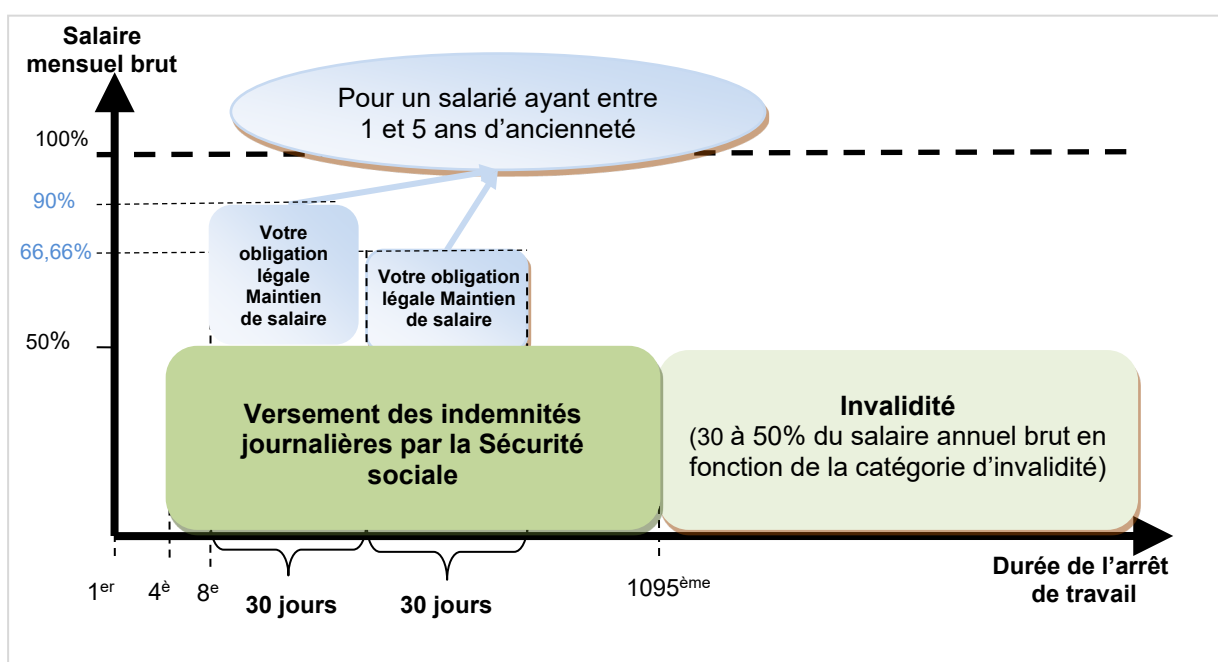
▪ L'intervention de la Sécurité sociale

Sans contrat de prévoyance collective et en cas d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle, un salarié ne commence à percevoir les indemnités journalières de la Sécurité sociale qu'à partir du 4^{ème} jour, à hauteur de 50% de son salaire brut plafonné à 1,8 fois le Smic.



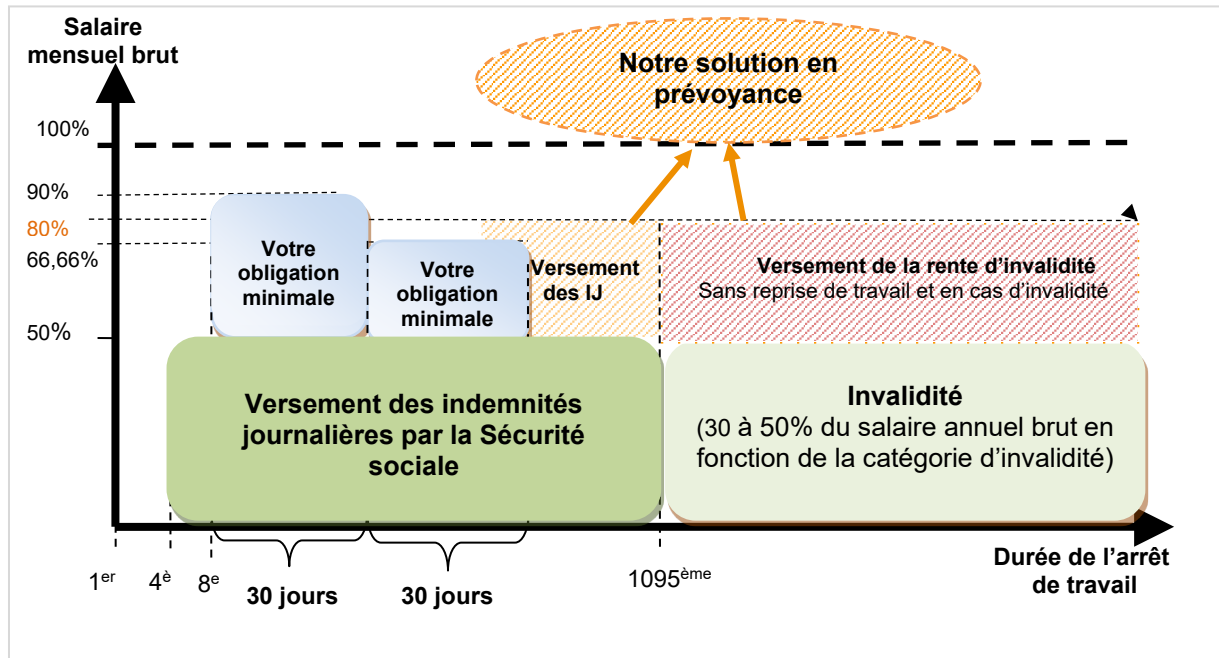
▪ Votre obligation légale de maintien de salaire

En complément de ces indemnités journalières, vous êtes tenu de maintenir le salaire d'un salarié en arrêt de travail. Cette obligation est fixée par la **loi de mensualisation de 1978, modifiée en 2008 par l'article 5 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et reprise dans le Code du travail**. Votre convention collective peut également prévoir des conditions de maintien de salaire plus favorables aux salariés.



- **L'intérêt de la mise en place de notre contrat de prévoyance complémentaire**

Par exemple pour des garanties d'indemnités journalières complémentaires (IJC) et d'invalidité à 80% du salaire mensuel brut avec une franchise de 60 jours.



Mieux comprendre les prestations versées par notre contrat

Prenons l'exemple d'un salarié percevant un salaire mensuel de 2000 € brut (soit 24000 € / an).

- **En cas d'arrêt de travail pour maladie depuis plus de 3 mois continus, il percevra :**

	Intervention Sécurité sociale (50 % du salaire mensuel brut dans la limite de 1,8 fois le SMIC)	Intervention organisme assureur	Total d'indemnisations versées en brut
Sans notre contrat de prévoyance collective	1 000 €* 1 000 €	-	1 000 €* 1 000 €
Avec notre contrat de prévoyance collective pour une garantie Indemnités journalières à 80% du salaire mensuel brut à compter du 61 ^e jour	1 000 €	600 €	1 600 €* 1 600 €

*Reconstitués en brut, les indemnités journalières de la Sécurité sociale sont versées nettes de CSG/CRDS

En cas d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, il percevra une rente jusqu'à l'âge de sa retraite.

- **En cas de décès**, s'il est marié et a 2 enfants (7 ans et 14 ans). Sa famille percevra :

Un capital décès

	Intervention Sécurité sociale (montant forfaitaire fixé par décret et susceptible d'être revalorisé chaque année)	Intervention organisme assureur	Total d'indemnisations versées en brut
Sans notre contrat de prévoyance collective	3 450 €	-	3 450 €
Avec notre contrat prévoyance collective pour une garantie décès de 150% du salaire annuel brut	3 450 €	36 000 €	39 450 €

Soit 20 mois de salaire mensuel brut qui permettra aux bénéficiaires de faire face aux premières conséquences financières dues à son décès.

Une rente d'éducation

	5% jusqu'à 10 ans inclus	10% de 11 à 17 ans inclus	15% de 18 à 28 ans (tant qu'il poursuit ses études)
Pour son enfant de 7 ans	1 200 € / an	2 400 € / an	3 600 € / an
Pour son enfant de 14 ans	-	2 400 € / an	3 600 € / an

Un financement qui permettra à ses enfants de poursuivre leurs études.

Filiale du Groupe VyV, leader de la protection sociale, mutualiste et solidaire en France, Mutex est une société anonyme d'assurance. Son capital social est détenu à 100% par ses distributeurs, des acteurs mutualistes puissants et renommés.

Mutex conçoit des produits qui répondent aux besoins de chaque type de population : particuliers, professionnels, entreprises, branches professionnelles ou structures du monde de l'économie sociale et solidaire.

41 MUTUELLES PARTENAIRES

2,7 MILLIONS D'ASSURÉS PROTÉGÉS

Une gamme qui couvre les besoins des adhérents et de leur famille, en individuel ou en collectif, pour leur apporter soutien et protection financière face aux épreuves de la vie.

UNE RÉPONSE POUR CHAQUE ÉTAPE DE LA VIE

- **MAINTENIR ses revenus** en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie
- **SE PRÉMUNIR contre la perte de revenu** en cas d'invalidité totale ou partielle suite à un accident
- **AIDER la famille** à faire face en cas de décès
- **SOULAGER ses proches** du financement et de l'organisation de ses obsèques
- **ANTICIPER le coût de la dépendance**
- **S'ASSURER contre les accidents** de la vie et leurs conséquences

600 000 ADHÉRENTS EN PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

2,1 MILLIONS D'ADHÉRENTS EN PRÉVOYANCE COLLECTIVE

70 000 ENTREPRISES CLIENTES

11 RECOMMANDATIONS DE BRANCHES PROFESSIONNELLES

MUTEX, PARTENAIRE DE CONFIANCE

DES CONTRATS LABELLISÉS

Les produits de la gamme individuelle et de la nouvelle offre de prévoyance collective sont régulièrement récompensés par des labels d'excellence, gages de qualité et de reconnaissance.

UNE SOLIDITÉ FINANCIÈRE

Fort de la confiance de ses clients et d'un portefeuille diversifié, Mutex affiche une solidité financière reconnue sur le marché. De plus, Mutex surveille la qualité de ses placements au regard de normes d'investissement socialement responsable (ISR). Le score ISR du portefeuille Mutex s'établit à près de 3 sur une échelle de 5.

DES DÉMARCHES QUALITÉ ET RSE

Mutex est certifié ISO 9001 pour l'ensemble de ses services et actes de gestion. Par ailleurs, Mutex a été la première entreprise en France à utiliser la nouvelle norme AFNOR « Score RSE » permettant d'évaluer le niveau de Responsabilité Sociétale.

1,034 MILLIARD D'€ DE CHIFFRE D'AFFAIRES

3 MILLIONS D'€ DE RÉSULTAT NET

Assurance Prévoyance collective à adhésion obligatoire

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutex - société anonyme, immatriculée en France et régie par le Code des assurances, RCS Nanterre 529 219 040 –
N° d'agrément : 502 13 25 - Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Produit : Prévoyance Collective TPE - PME

Ce document d'information présente un résumé des garanties et des principales exclusions du produit. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Prévoyance collective TPE - PME est une offre de prévoyance collective à adhésion obligatoire, destinée à couvrir une ou plusieurs catégories de salariés en cas de décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Pour chaque événement donnant lieu à prestations, peuvent être versées, en respectant les conditions de prise en charge, des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale : des indemnités journalières, une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente ; des capitaux décès, une rente de conjoint et/ou une rente éducation.

Le contrat comporte des formalités médicales à la souscription lorsque l'effectif de la ou les catégories de personnel à assurer est inférieur à 6.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont déterminés en fonction de votre choix.

GARANTIES EN CAS DE DECES

✓ Garantie décès ou invalidité absolue et définitive (IAD) toutes causes

Versement d'un capital, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès ou IAD de l'assuré.

Garantie décès - IAD par accident.

Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès ou d'IAD par accident.

Garantie Double effet

Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès ou d'IAD du conjoint simultané ou postérieur (dans les 12 mois) à celui de l'assuré.

Capital prédécès

Versement d'un capital à l'assuré en cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus.

Allocation Obsèques

Versement d'un capital en cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus.

Rente éducation (+ allocation complémentaire d'orphelin).

Versement d'une rente aux enfants à charge en cas de décès de l'assuré qui peut être majorée en cas de décès simultané du dernier parent ou survenu dans les 12 mois suivant le décès de l'assuré.

Rente de conjoint

Versement d'une rente viagère et/ou temporaire en cas du décès de l'assuré.

Capital décès substitutif : si l'assuré décédé est célibataire, veuf ou divorcé, il est versé à ses ayant-droits un capital décès substitutif à la rente.

Allocation d'orphelin en cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, survenu dans les 12 mois suivant le décès de l'assuré, une allocation annuelle d'orphelin est versée à chaque enfant à charge.

GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE

Le total des prestations perçues par le salarié assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité.

Garantie incapacité temporaire totale

Versement des indemnités journalières aux assurés en arrêt de travail après la durée de franchise choisie. Une option « Rachat de franchise en cas d'accident et ou d'hospitalisation » peut être souscrite.

Garantie invalidité-incapacité permanente professionnelle

Versement une rente invalidité ou une rente d'incapacité aux assurés

GARANTIES D'ASSISTANCE EN INCLUSION SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Accompagnement des aidants
- ✓ Assistance en cas d'incapacité de travail ou incapacité professionnelle
- ✓ Assistance et accompagnement en cas d'arrêt de travail
- ✓ Assistance en cas d'invalidité
- ✓ Assistance en cas de décès
- ✓ Gestion de crise sur le site de l'entreprise

Les services et prestations d'assistance sont détaillés dans la notice d'information.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les décès et IAD survenus avant la date d'effet du contrat ou la date d'adhésion du salarié assuré.
- ✗ Les arrêts de travail et les invalidités qui ne donnent pas lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale française.
- ✗ Les congés de maternité, de paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux indemnités journalières.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

Pour les garanties décès et IAD :

- ! les actes de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- ! les déplacements ou séjours dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raison professionnelle,

Pour les garanties incapacité de travail, l'incapacité permanente professionnelle et l'invalidité :

- ! les faits intentionnels et volontaires provoqués par le salarié assuré.

Pour les garanties décès accidentel, IAD accidentelle, incapacité permanente par accident et obsèques :

- ! les actes de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- ! la pratique des sports aériens de l'assuré,
- ! les agressions commises par l'assuré, les luttes ou rixes auxquels participe l'assuré, l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, les attentats dès lors que l'assuré y participe, les actes effectués par l'assuré sous l'emprise de l'ivresse, de stupéfiants ou de substances médicamenteuses,
- ! la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur de l'assuré et de tous les autres sports à titre professionnel.

Principales restrictions

- ! le versement des indemnités journalières ne débute qu'à compter d'une période de franchise choisie par l'entreprise,
- ! la durée maximum d'indemnisation est limitée à 1095 jours d'arrêt de travail pour l'incapacité temporaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale français.
- ✓ Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, et sont payées en France et en euros.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou suspension du contrat, ou de suspension du droit à garanties ou à prestations

A la souscription du contrat

- déclarer tous les salariés au profit desquels le contrat a été souscrit, et les anciens salariés relevant de la même catégorie bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits,
- déclarer ces salariés et ces anciens salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et les salariés en temps partiel thérapeutique,
- déclarer les salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations au titre d'un contrat de prévoyance collective,
- déclarer les ayants droit d'anciens salariés décédés, et bénéficiaires de rentes d'éducation ou de conjoint, au titre d'un contrat de prévoyance collective,
- fournir les informations nécessaires à leur adhésion, et à leur indemnisation pour les personnes se trouvant dans l'une des situations définies ci-avant.

En cours de vie du contrat

- m'acquitter du paiement des cotisations,
- déclarer tous les nouveaux salariés au profit desquels le contrat a été souscrit, et fournir les informations nécessaires à leur adhésion,
- déclarer les suspensions du contrat de travail, les modifications de situation de famille, des salariés assurés, et les sorties du contrat (notamment suite à départ de l'entreprise ou changement de catégorie professionnelle),
- déclarer les personnes pouvant bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits,
- informer l'organisme assureur du changement de convention collective, de création ou modification d'établissements, et de tous mouvements significatifs de salariés (notamment suite à restructuration d'entreprise).

En cas de sinistre

- fournir les demandes de prestations, et toutes les pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations au moment de la survenance de l'événement, et en cours de service pour les prestations autres que des capitaux



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est annuelle et payable par l'entreprise, dénommée souscripteur, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.
- Elle peut être réglée soit par prélèvement SEPA, soit par chèque accompagné de l'avis d'appel de cotisations dûment complété, soit par virement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières signées par l'organisme assureur et le souscripteur. Il est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction. Il prend fin :

- à la suite de la procédure de résiliation, pour défaut de paiement des cotisations par le souscripteur,
- au 31 décembre de l'année en cours en cas de demande de résiliation au moins deux mois avant cette date, à l'initiative du souscripteur notifiée à l'organisme assureur, ou à l'initiative de l'organisme assureur envoyée par lettre recommandée.
- à la date de disparition de l'entreprise.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Tous les ans en adressant une lettre recommandée avec avis de réception à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat collectif.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A REMPLIR ET À RETOURNER À MUTEX

Référence unique du mandat (zone réservée à Mutex)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutex à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutex.
Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
• dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
• sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTITÉ DU DÉBITEUR

Raison sociale :

Siren NIC

ADRESSE DU DÉBITEUR

Adresse

Code postal Ville Pays

Adresse mail

TYPE DE PAIEMENT : ☐ RÉCURRENT ☐ PONCTUEL

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR
(ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte)

IBAN

BIC

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

MUTEX - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Identifiant créancier SEPA : FR48ZZZ603650

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire

Fait :
À Le

Signature obligatoire



Sommaire

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

A - GARANTIES DE PRÉVOYANCE

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I – ARTICULATION DU CONTRAT

Article 1 – Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire a pour objet de faire bénéficier la ou les catégories de salariés expressément désignée(s) aux conditions particulières, tels que définis à l'article 2 ci-après, des garanties de prévoyance mentionnées aux conditions particulières et définies au titre II des présentes conditions générales.

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

Les présentes conditions générales définissent les garanties pouvant être souscrites, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir et indiquent également les obligations des parties contractantes, les clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription. Elles s'appliquent aux gammes de prévoyance collective à adhésion obligatoire :

- Prévoyance collective TPE ;
- Prévoyance collective TPE 1,50 % ;
- Prévoyance collective PME.

Les conditions particulières obligatoirement jointes déterminent notamment la ou les catégories assurée(s), la ou les garanties souscrite(s), les montants des prestations, la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation appliqués.

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

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

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

Article 2 – Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

L'organisme assureur : MUTEX,

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros,

inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances.

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

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

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat.

Le souscripteur : la personne morale signataire des conditions particulières.

Les assurés : l'ensemble des salariés sous contrat de travail, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale tels que mentionnés aux conditions particulières, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, dûment affiliés au contrat.

CHAPITRE II – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Article 3 – Choix de la gamme de prévoyance : Effectifs et catégorie(s) du personnel assurable(s)

Le choix entre les trois gammes de prévoyance proposées à la souscription dépend de l'effectif à assurer et de la catégorie du personnel à assurer.

La gamme de prévoyance collective TPE 1,50 % est proposée aux entreprises souhaitant assurer leur personnel cadre appartenant à la catégorie assurée proposée à la souscription (ou à l'une des catégories assurées si lors de la souscription plusieurs choix sont possibles), et dont la définition est formalisée aux conditions particulières, pour un effectif à assurer inférieur à 20.

La gamme de prévoyance TPE est proposée aux entreprises dont l'effectif à assurer est inférieur à 20, et la gamme de prévoyance PME aux entreprises dont l'effectif à assurer est compris entre 20 et 300.

Pour ces gammes, les catégories de personnel à assurer peuvent être soit :

- l'ensemble du personnel,
- l'ensemble du personnel cadre et/ou non cadre, appartenant à l'une des catégories assurées proposées à la souscription, et dont la définition est formalisée aux conditions particulières.

Article 4 – Formalités médicales

4.1. A la souscription

Pour les gammes prévoyance collective TPE, la souscription peut être conditionnée à la production de pièces médicales :

- pour la gamme TPE : lorsque l'effectif de la ou les catégories de personnel à assurer est inférieur à 6 ;
- pour la gamme TPE 1,50 % : lorsque l'effectif à assurer est inférieur à 6 et que les garanties sont souscrites sur les tranches A, B et C ou tranches A et B ou tranches 1 et 2 (si la souscription de garanties est uniquement sur la tranche A ou la tranche 1, aucune formalité médicale n'est demandée).

Dans ces cas, un questionnaire médical simplifié pourra être complété par chaque salarié à assurer.

En cas de réponses négatives aux questionnaires médicaux simplifiés par tous les salariés à assurer, le contrat pourra être mis en place.

En cas de réponse positive d'un salarié, ce dernier devra compléter un questionnaire médical complet.

Les questionnaires médicaux devront être adressés au médecin conseil de l'organisme assureur sous pli confidentiel.

Après examen du ou des questionnaires médicaux complets, le médecin conseil peut :

- soit accepter sans réserve la mise en place du contrat,
- soit la refuser,
- soit l'accepter avec majoration tarifaire.

4.2. En cours d'exercice

Toute nouvelle entrée à l'effectif assuré sera conditionnée à la fourniture d'un questionnaire médical simplifié et, le cas échéant d'un questionnaire médical complet, dès lors que l'effectif reste inférieur à 6 salariés assurés.

Si l'affiliation de ces nouveaux salariés est de nature à aggraver le risque et à remettre en cause les conditions d'équilibre du contrat, l'organisme assureur proposera par lettre recommandée une majoration tarifaire au souscripteur qui prendra effet à la date du renouvellement du contrat suivant l'affiliation. En cas de refus par le souscripteur de ces nouvelles conditions tarifaires, le contrat sera résilié à sa date d'échéance conformément aux dispositions des articles 8 et 9 des conditions générales.

CHAPITRE III – PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Article 5 – Prise d'effet, durée et renouvellement

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

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Le présent contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par le souscripteur ou par l'organisme assureur dans les conditions définies à l'article 9.

Article 6 – Obligations de l'organisme assureur

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

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

Article 7 – Obligations du souscripteur

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

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

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

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

7.1. À la souscription

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

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

Sauf en cas de formalités médicales à l'adhésion, cet état peut être remplacé par les informations transmises via la DSN (Déclaration Sociale Nominative) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de signature du contrat si celle-ci est postérieure à la date d'effet.

- Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :

- les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale,
- les salariés, et les anciens salariés, bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
- les bénéficiaires de rentes de conjoint, d'éducation ou handicap en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
- les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.

- Un état nominatif par catégorie professionnelle des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :

- son n° de Sécurité sociale ;
- ses nom et prénoms ;
- son sexe ;
- sa date de naissance ;
- la date de cessation de son contrat de travail ;
- le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
- la période de maintien de garanties.

7.2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues à l'article 7.1. ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 7.1. avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

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

Si les garanties incapacité de travail et invalidité-incapacité permanente professionnelle ne sont pas souscrites auprès de l'organisme assureur mais auprès d'un autre organisme assureur, le souscripteur doit également communiquer, au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année, la liste des assurés en arrêt de travail au 30 octobre, **y compris dans l'hypothèse où le contrat aurait été résilié avec prise d'effet au 31 décembre de l'année considérée**, indiquant pour chaque assuré :

- ses nom et prénoms ;
- sa date de naissance ;
- la date du début de l'arrêt de travail et la date éventuelle du passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle ;

- le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant la date d'arrêt de travail.

Ces éléments sont indispensables pour assurer le maintien des garanties décès en cas de résiliation du présent contrat, ou en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré. Faute de déclaration de la part du souscripteur, l'organisme assureur ne sera pas en mesure de pouvoir assurer le maintien des garanties décès tel que défini aux articles 15.2 et 15.3 ci-après.

7.3. En cas de changement de périmètre

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

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

- une liste des personnes se trouvant, au jour de la date de cette opération ou de la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 7.1 et survenues antérieurement à cette date,
- une liste des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

7.4. À chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 7.1.

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

Article 8 – Révision du contrat

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

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

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

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 9 « Résiliation » par l'envoi d'une lettre recommandée au souscripteur avant le 31 octobre précédant l'échéance annuelle du présent contrat.

Jusqu'à la date de prise d'effet de l'avenant ou de la lettre-avenant, ou de la résiliation du présent contrat, les prestations demeurent calculées sur la base des dispositions légales, réglementaires et/ou conventionnelles antérieurement en vigueur.

Article 9 – Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à chaque échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant cette échéance, soit avant le 31 octobre précédant la date de son renouvellement :

- à l'initiative de l'organisme assureur par lettre recommandée,

- à l'initiative du souscripteur en adressant une notification à l'organisme assureur conformément aux dispositions de l'article L.113-12 du Code des assurances. L'organisme assureur devra confirmer par écrit la réception de la notification.

Le présent contrat peut être également résilié en cas de défaut de paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 19 des présentes conditions générales.

CHAPITRE IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Article 10 – Engagements de l'organisme assureur

Conformément aux dispositions relatives à la prise en charge des sinistres en cours en application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours à la date d'effet du contrat tels que définis à l'article 7.1 ci-avant, dans les conditions suivantes.

10.1. Si le présent contrat couvre des garanties décès, incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle

10.1.1 Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés par la Sécurité sociale et non assurés pour ces garanties au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ou assurés uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

L'organisme assureur leur garantit, dès la date d'effet du présent contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux conditions particulières.

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

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

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

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

- *En présence d'un contrat précédent assurant uniquement les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et rentes d'incapacité permanente professionnelle.*

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge des garanties décès définies aux conditions particulières.

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

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

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

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie aux conditions particulières,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

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

10.1.3 Concernant les bénéficiaires de rentes éducation, handicap et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du contrat

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

10.2. Si le présent contrat couvre uniquement des garanties décès

10.2.1 Pour les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, non assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement, ou assurés uniquement pour des garanties décès

L'organisme assureur leur garantit, à la date d'effet du présent contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à prise en charge intégrale des garanties décès définies aux conditions particulières.

10.2.2 Pour les salariés, et les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, bénéficiant à la date d'effet du présent contrat de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement

- *En présence d'un contrat souscrit antérieurement couvrant les garanties incapacité temporaire de travail, pensions d'invalidité et/ou rentes d'incapacité permanente professionnelle et décès.*

L'organisme assureur leur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

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

L'organisme assureur leur garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, le droit à la prise en charge intégrale des garanties décès définies aux conditions particulières.

10.2.3 En cas de souscription des garanties rente de conjoint et/ou rente éducation, concernant les bénéficiaires de rentes éducation et de conjoint au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat et résilié à cette date

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

Les bénéficiaires de ces dispositions sont déclarés par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 7.1 des présentes conditions générales, dont la liste figure en annexe aux conditions particulières.

Article 11 – Financement de la prise en charge des sinistres en cours

La prise en charge des sinistres en cours est conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique par le souscripteur. Son financement sera formalisé aux conditions particulières.

Lors d'un transfert de personnes dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou d'une opération de restructuration assimilée, notamment un apport partiel d'actifs, ou un rachat ou reprise d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 7.3, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération ou du transfert de ces nouvelles personnes au contrat. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE V – DURÉE DES GARANTIES

Article 12 – Modalités et prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet :

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

à condition d'avoir été déclarée à l'organisme assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

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

Article 13 – Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 15.2, 15.3 et 15.4 des présentes conditions générales, les garanties cessent :

- à la date de sortie de l'assuré de la catégorie de personnel assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,

- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

Article 14 – Suspension des garanties

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

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

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

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

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.**

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

Article 15 – Maintien des garanties

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

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

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

les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 18.

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

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

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés bénéficiaires de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle au titre du présent contrat ou d'un autre contrat de prévoyance collective à la date d'effet de la

cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

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

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

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

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du présent contrat ou à la date de cessation du contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies à l'article 22 « Revalorisations ».

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

15.4. Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au présent contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

15.4.1. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

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

Date d'effet

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

Durée

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

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 7, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles

personnes, bénéficient du maintien des garanties définies au présent contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle et liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;**
- **en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 15.4.5 ci-après ;**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'assuré peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;**
- **au jour du décès de l'assuré.**

Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 15.4.1 ci-dessus, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

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

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

15.4.3. Financement du maintien des garanties

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

15.4.4. Garanties et prestations maintenues

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

Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini à l'article 20 du chapitre VII « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à cette occasion.

Cumul des prestations

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

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

15.4.5. Modifications contractuelles – Résiliation

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

En cas de résiliation du présent contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés en activité, telles que prévues à l'article 15.3 « maintien des garanties en cas de résiliation du présent contrat », l'ensemble des dispositions relatives :

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

15.4.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE VI – COTISATIONS

Article 16 – Base de calcul, taux et révision des cotisations

16.1. Base de calcul des cotisations

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières.

On entend par :

- tranche 1 : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 : partie du salaire annuel brut comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond ;
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article 15.1 des présentes conditions générales, le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

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

16.2. Taux de cotisation

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

16.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont révisables à chaque échéance annuelle nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 8 « révision du contrat ».

Article 17 – Conditions de paiement des cotisations

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

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

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

Article 18 – Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du présent contrat (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération de leur employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré.

Article 19 – Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

CHAPITRE VII – PRESTATIONS

Article 20 – Salaires de référence servant de base au calcul des prestations

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire fixées aux conditions particulières.

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

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

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

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

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à douze mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Article 21 – Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini à l'article 22 ci-après ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

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

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

Article 22 – Revalorisations

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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

Le taux de revalorisation est fixé par référence aux indices de revalorisation annuellement définis par l'organisme assureur entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

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

22.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

L'indice de revalorisation est défini annuellement par l'organisme assureur en fonction des résultats des produits d'assurance collective de même nature.

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

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

22.3. Revalorisation des capitaux décès dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

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

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

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 22.2.

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

Article 23 – Risques exclus et causes de déchéance

23.1. Exclusions concernant les garanties décès et invalidité absolue et définitive

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

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

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

Pour la garantie « allocation complémentaire d'orphelin », le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

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

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

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

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

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré,
- d'agressions commises par l'assuré, de luttes ou rixes auxquels participe l'assuré (sauf en cas de légitime défense),

de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que l'assuré y participe,

- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Pour la garantie « frais d'obsèques », le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge de plus de 12 ans de l'assuré se voient également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

23.4. Déchéance de garantie

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

En outre, l'assuré, et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations sont déchus de tout droit à garantie :

- en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.

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

CHAPITRE VIII – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 24 – Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

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

Article 25 – Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant.

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

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de la situation de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

Article 26 – Réclamations et médiation

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

- **par courrier auprès du Service Qualité Relation Adhérent : MUTEX - SQRA - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites ;**
- **via le formulaire de contact [mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/](https://www.mutex.fr/nous-contacter/).**

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou assureur n'a pas pu donner immédiatement entière satisfaction, **le réclamant est invité à formaliser son mécontentement via l'un des canaux précités.**

Quel que soit le point de contact, le réclamant recevra un accusé de réception par écrit de sa réclamation sur support durable dans un délai maximal de **dix jours** ouvrables à compter de la date de son envoi (sauf en cas de réponse dans ce délai).

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à répondre au réclamant dans un délai n'excédant pas **deux mois** à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à l'organisme assureur sont accessibles sur le site : www.mutex.fr.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, l'organisme assureur met à la disposition de ses assurés et des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec l'organisme assureur relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations, au plus tôt à l'issue du délai de deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée :

- en priorité par internet : <https://www.mediation-assurance.org> ;
- ou par défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

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

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

Article 27 – Organisme de contrôle

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

Article 28 – Protection des données à caractère personnel

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

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

Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Le souscripteur recueille et transmet les informations relatives aux assurés pour permettre leur affiliation. Il informera les assurés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux

dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Il est notamment mis en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le prélèvement à la source ainsi que la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, pour des opérations de prospection. Il y a également le traitement relatif à la lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

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

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

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

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

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

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

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

Les assurés et les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils peuvent à tout moment retirer leur consentement si le traitement est soumis à consentement.

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

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés et, le cas échéant, les bénéficiaires doivent

s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

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

Les assurés sont informés que s'ils ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, ils disposent du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Leur inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

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

Article 29 – Fausse déclaration intentionnelle

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

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

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

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

Article 30 – Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article 31 – Subrogation

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

Article 32 – Traitement des prestations décès non réclamées

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

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

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

Article 33 – Territorialité

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

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

Article 34 – Dispositions relatives à la signature électronique

34.1. Objet

La présente clause a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le souscripteur et l'organisme assureur reconnaissent aux documents précontractuels signés et transmis par voie électronique la qualité de documents originaux et les admettent comme mode de preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

En amont de la souscription du contrat d'assurance, l'organisme assureur peut mettre à disposition du futur souscripteur un procédé de « signature électronique » pour signer des documents précontractuels.

34.2. Définitions

- **Signature électronique** : Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un **procédé fiable d'identification** garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article 1367 alinéa 2 du Code civil).
- **Support durable** : Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).
- **Tiers de confiance** : désigne le prestataire délivrant le service de signature électronique.
- **Représentant du souscripteur** : Personne habilitée à engager la personne morale souscriptrice : représentant légal ou toute personne physique agissant en vertu d'une délégation de pouvoir de la personne morale souscriptrice.

34.3. Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent aux documents précontractuels pour lesquels une signature du futur souscripteur est requise, en amont de la souscription du contrat d'assurance. Le choix de la signature électronique des documents de souscription peut être proposé par le conseiller avec qui le futur souscripteur est en relation directe, en tout ou partie, tout au long du processus de souscription (face à face, échanges téléphoniques, courriels ...).

En optant pour la signature sur support papier ou pour la signature électronique sur support durable, le souscripteur manifeste par sa signature les conditions de la souscription dont il a au préalable pris connaissance et s'engage également sur l'exactitude de ses déclarations, réalisées en tout ou partie par voie dématérialisée.

34.4. Modalités de la signature électronique

La signature des documents est réalisée selon le procédé qui suit :

- Après avoir choisi les options et les garanties souhaitées pour son contrat d'assurance, le représentant du futur souscripteur renseigne, avec le conseiller, les informations d'identification demandées (raison sociale, adresse, numéro SIRET de la personne morale souscriptrice, coordonnées professionnelles du représentant légal ou de la personne habilitée à signer les documents précontractuels et contractuels, etc.). Il prend connaissance de l'ensemble de la documentation précontractuelle, dont le document normalisé d'information sur le produit d'assurance (couramment appelé « IPID ») et les conditions générales du contrat, qui lui ont été transmis. Il complète les documents complémentaires transmis et joint les justificatifs demandés. Les documents précontractuels ainsi complétés (devoir d'information et de conseil, demande de souscription, état des sinistres/risques en cours, etc.), sont remis au conseiller soit sous format papier, soit sur support électronique à l'adresse e-mail préalablement déclarée.
- S'il approuve les informations figurant sur les documents et s'il est en accord avec les conditions d'assurance proposées, le représentant du futur souscripteur est invité par courriel envoyé à l'adresse mail préalablement déclarée, à se connecter sur le site du Tiers de confiance pour procéder à la signature électronique de ces documents.
- Il clique sur le lien envoyé par mail par le tiers de confiance accède à un espace sécurisé, procède à la lecture et la vérification des informations renseignées dans chacun des documents soumis à signature. A ce stade les documents qui lui seront présentés pour dernière relecture et signature ne sont plus modifiables.
- S'il approuve les informations figurant sur les documents, Il coche les encarts au moyen desquels :
 - il reconnaît avoir lu les documents précontractuels qui lui ont préalablement été remis et en accepter le contenu ;
 - il reconnaît avoir lu et accepte les Conditions générales d'utilisation ainsi que les Conditions spécifiques d'utilisation du tiers de confiance choisi ;
 - il reconnaît avoir lu et accepté la Politique de Protection des Données du tiers de confiance.
- Puis il clique sur « Signer » pour procéder à la signature des documents et renseigne le code confidentiel qui lui a été adressé par SMS par le tiers de confiance sur le numéro de téléphone professionnel qu'il aura communiqué et qui permet l'authentification du signataire,
- un courriel de confirmation lui est ensuite envoyé à l'adresse mail qu'il aura renseigné avec les documents signés sous format PDF en pièce jointe.

34.5. Horodatage

- Les éléments collectés lors de la signature électronique sont consignés dans un fichier de preuve garantissant la fiabilité du processus de signature des documents.
- Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire ainsi que les documents signés.
- Le fichier de preuve est scellé au moyen d'un cachet électronique émis par le tiers de confiance, horodaté et conservé de manière à en garantir l'intégrité et n'est accessible que par l'assureur.
- Lorsqu'il y a plusieurs documents signés en même temps, pour des raisons techniques, cette signature à la même heure et à la même date ne signifie pas pour autant que ces documents ont été renseignés en même temps.

34.6. Force probante du document signé électroniquement

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

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

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

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

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

34.7. Transmission par voie électronique

Si le futur souscripteur opte pour la signature électronique, il doit, au préalable, télécharger les documents et certifier les avoir enregistrés et/ou imprimés pour pouvoir s'y reporter ultérieurement.

Tout document signé électroniquement pourra faire l'objet d'une transmission via un support durable autre que papier. Le futur souscripteur peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation avec l'assureur ou à n'importe quel moment.

Ces documents doivent être conservés et stockés par le futur souscripteur sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage de son choix ; il peut à tout moment en demander un exemplaire papier à l'assureur.

L'assureur pourra également délivrer toute information ou toute correspondance au futur souscripteur par voie électronique (e-mail).

Le souscripteur reconnaît également que tout document signé électroniquement par lui et transmis par voie électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé.

II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE IX – DÉFINITIONS

Enfants à charge

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

- avant leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- avant leur 28^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
 - quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 28^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de

l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge de l'assuré :

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

Personnes à charge

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

Conjoint

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

Concubin

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

Partenaire de Pacs

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

Franchise

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

Accident

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

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

Par accident du travail (ou maladie professionnelle), il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

CHAPITRE X – CAPITAUX DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

Gammes TPE et PME

Seule la souscription du capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes est obligatoire pour l'entreprise. Les autres garanties peuvent être souscrites au choix par l'entreprise.

Gamme TPE 1,50 %

La souscription du capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes, du capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident et du capital double effet est obligatoire pour l'entreprise.

La garantie capital prédécès ne peut pas être souscrite.

Article 35 – Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, un capital est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 39, dont le montant est défini aux conditions particulières.

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

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

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

Une majoration par enfant ou personne à charge est définie aux conditions particulières. Le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Article 36 – Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle de l'assuré, un capital supplémentaire, est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 39, dont le montant est défini aux conditions particulières.

Une majoration par enfant ou personne à charge est définie aux conditions particulières. Le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Article 37 – Capital double effet

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de celui-ci, un capital est versé au profit des enfants à charge, réparti à parts égales entre eux, dont le montant est défini aux conditions particulières.

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

Si une majoration par enfant ou personne à charge est définie aux conditions particulières, alors le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Article 38 – Capital prédécès

En cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, un capital est versé à l'assuré dont le montant est défini aux conditions particulières.

Article 39 – Bénéficiaires des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

39.3. Bénéficiaires du capital double effet

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

39.4. Bénéficiaire du capital prédécès

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

Article 40 – Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe (au titre III des conditions générales) et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 24.

CHAPITRE XI – GARANTIE OBSÈQUES

Cette garantie est optionnelle pour l'entreprise et **ne peut pas être souscrite dans le cadre de la gamme TPE 1,50 %**.

Article 41 – Objet de la garantie et montant de la prestation

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

Article 42 – Bénéficiaires des prestations

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

Article 43 – Conditions de règlement des prestations

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

CHAPITRE XII – GARANTIE RENTE ÉDUCATION

La souscription de cette garantie est optionnelle.

Article 44 – Rente éducation de base

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

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant son 28^e anniversaire, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé), ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », **et sous réserve qu'il soit âgé de moins de 28 ans à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré**.

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

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

Article 45 – Allocation complémentaire d'orphelin

En cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès de l'assuré, ou lorsque les enfants deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, une allocation complémentaire annuelle est versée à chaque enfant à charge, dont le montant est défini aux conditions particulières.

Article 46 – Conditions de règlement des prestations

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

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

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

Article 47 – Terme de l'indemnisation

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XIII – GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Cette garantie est optionnelle pour l'entreprise.

Article 48 – Rente de conjoint viagère

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

Article 49 – Rente de conjoint temporaire

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

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

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

Article 50 – Allocation d'orphelin

En cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès de l'assuré, une allocation annuelle d'orphelin est versée à chaque enfant à charge, dans les conditions définies aux conditions particulières.

Article 51 – Capital décès substitutif

Lorsque l'assuré est célibataire, veuf ou définitivement divorcé au moment de son décès, il est versé un capital décès substitutif, en lieu et place de la rente de conjoint, en complément du (ou des) capital (capitaux) décès prévu(s) au chapitre XV, dont le montant est défini aux conditions particulières.

Article 52 – Conditions de règlement des prestations

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

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

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

Article 53 – Terme de l'indemnisation

Rente viagère

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

Rente temporaire

Le service des rentes temporaires prend fin :

- à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause au jour du décès du bénéficiaire.

Allocation d'orphelin

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XIV – GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

La souscription de cette garantie est indissociable de celle de la garantie invalidité-incapacité permanente professionnelle.

Elle est optionnelle pour l'entreprise lors de la souscription aux gammes TPE et PME. Elle est obligatoire en cas de souscription à la gamme TPE 1,50 %.

Article 54 – Objet de la garantie

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

Article 55 – Point de départ de l'indemnisation

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

Cette franchise peut être continue ou discontinue.

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

Si la **franchise est discontinue**, la détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées par la Sécurité sociale et non prises en charge au titre du présent contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents. Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale définie aux conditions particulières le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

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

Si l'entreprise souscrit l'option rachat accident et hospitalisation, le point de départ de l'indemnisation sera ramené au 4^e jour de l'arrêt de travail :

- en cas d'hospitalisation d'au moins 3 nuits à la suite d'une maladie de la vie courante,
- en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident de la vie courante.

Le point de départ de l'indemnisation sera ramené au 1^{er} jour de l'arrêt de travail :

- en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit à la suite d'une maladie d'ordre professionnel,
- en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident d'ordre professionnel.

Article 56 – Montant des prestations garanties

56.1. Conditions de prise en charge

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

Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.

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

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 21 « Principe indemnitaire ».

56.2. Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu à l'article 24 des présentes conditions générales.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 21 des présentes conditions générales.

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

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

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

Article 57 – Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

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

Article 58 – Rechute

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

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

Article 59 – Conditions de règlement des prestations

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

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale. Elles sont versées directement au souscripteur tant que le contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de les reverser à l'assuré, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

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

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

CHAPITRE XV – GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

La souscription de cette garantie est indissociable de celle de la garantie incapacité temporaire totale.

Elle est optionnelle pour l'entreprise lors de la souscription aux gammes TPE et PME. Elle est obligatoire en cas de souscription à la gamme TPE 1,50 %.

Article 60 – Garantie invalidité

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

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

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

Article 61 – Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'incapacité permanente professionnelle (en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant est défini aux conditions particulières.

Article 62 – Montant des prestations

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

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle est déterminé selon le taux d'incapacité défini aux conditions particulières, et s'entend y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

Les prestations sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe (au titre III des conditions générales).

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 21 « Principe indemnitaire ».

Article 63 – Point de départ du service des prestations

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

Article 64 – Terme de l'indemnisation

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

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

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

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

Article 65 – Conditions de règlement des prestations

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

III PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

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

B - GARANTIE ASSISTANCE

Gamme TPE et PME

La garantie Assistance est présentée en inclusion des contrats relevant des gammes TPE et PME: elle est en conséquence à affiliation obligatoire.

Gamme TPE 1,50 %

La souscription de la garantie Assistance est optionnelle pour l'entreprise.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir la garantie d'assistance dont bénéficient les assurés au contrat de prévoyance collective assuré par Mutex. Le contrat d'assistance a été souscrit auprès de l'Union Technique RMA, dont le siège social est à Vertou (44124), 46, rue du Moulin - CS 32427, Union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – siren 444 269 682.

Ressources Mutuelles Assistance est placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

I - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES

Article 1 - Bénéficiaires

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le souscripteur pour les garanties « services aux entreprises » ;
- le salarié assuré au contrat collectif, ou à défaut ses proches lorsque cela est précisé.

Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la date de souscription du contrat de prévoyance collective assuré par Mutex.

La garantie d'assistance suit le sort de ce contrat, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

Article 3 - Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours ;
- pour tout déplacement en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM* (au-delà de 50 km du domicile pour la prestation « Transfert de corps en cas de décès »).

Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

* Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

Article 4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans votre contrat de prévoyance collective Mutex. Ils peuvent être les suivants :

- un arrêt de travail supérieur à 10 jours (ou à 2 mois pour l'aide au retour à l'emploi) ;
- un arrêt de travail pour maladie grave ;
- une invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ;
- le décès d'un bénéficiaire ;
- une situation d'aidant.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5 - Modalités de mise en œuvre

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

Par téléphone : 09 69 32 96 36

Pour les assurés résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 9 69 32 96 36

Possibilité de contacter par mail à l'adresse :

prevoyance@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler le nom de votre Entreprise et si vous en disposez le numéro du contrat collectif ;
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les Vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le transfert de corps en cas de décès, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

Article 6 - Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur. Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

Article 7 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, 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'examen médicaux.

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

Aidant

Est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile

La mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie

Sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

Arrêt de travail

Il s'agit d'une prescription réalisée par un médecin et justifiée par l'état de santé du patient. La prescription comporte 3 volets à transmettre aux services concernés dans les 48 heures. Elle peut être sous forme papier (les volets 1 et 2 sont alors à envoyer au service médical de la caisse d'assurance maladie) ou sous forme dématérialisée (les volets 1 et 2 sont alors transmis directement par le médecin à la caisse d'assurance maladie via la carte vitale). Dans tous les cas, le patient doit adresser le volet 3 du formulaire à son employeur ou à Pôle Emploi.

Assuré

Personne physique salariée du souscripteur et affiliée au régime général de la Sécurité sociale.

Ascendant

Sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'assuré.

Ayants droit

Les ayants droit de l'assuré, sont ceux définis comme tels par cet assuré au titre de son contrat de prévoyance.

Bénéficiaire

La personne bénéficiant des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance et ses ayants droits.

Centre de convalescence

Structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Dépendance

État impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Assuré, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Assuré portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Domicile ou résidence habituelle

Le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire est celui mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM

Par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 km de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etablissement de soins

Tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Frais d'hébergement

Frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

Handicap

Constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation

Tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Incapacité de travail

Il s'agit de la période indemnisée sous forme d'Indemnités Journalières par la caisse d'assurance maladie au titre d'un arrêt de travail, hors Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

Incapacité professionnelle

Il s'agit de la période indemnisée sous forme d'Indemnités Journalières par la caisse d'assurance maladie au titre d'un arrêt de travail, en lien avec un Accident du Travail ou une Maladie Professionnelle.

Invalidité 1^{re} catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus capables d'exercer une activité rémunérée.

Invalidité 2^e catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

Invalidité 3^e catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque et sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Personne dépendante

Toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Assuré ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Assuré et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives

Ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche

Les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'assuré ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Souscripteur

Personne morale signataire du contrat d'assurance en prévoyance collective au bénéfice de ses salariés.

Traitement

Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500€ pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.

II - SERVICES DESTINÉS AUX SALARIÉS ET AUX ENTREPRISES

CHAPITRE I - SERVICES POUR FACILITER LE QUOTIDIEN DES SALARIÉS

1. Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement;
- justice/défense/recours;
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...);
- assurances sociales/allocations/retraites;
- fiscalité;
- famille.

Pratique :

- consommation;
- vacances / loisirs;
- formalités/cartes/permis;
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

2. Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, généralement limités à 10 par année civile.

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- difficulté scolaire;
- difficulté autour de l'entrée dans la vie active;
- situation de harcèlement ou agression;
- conduites à risques, conduites addictives;
- souffrance psychologique...

Un soutien peut être proposé à l'adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :

- l'annonce d'une maladie;
- le parcours de soins;
- l'image de soi, gestion des douleurs;
- l'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- risques Psycho-Sociaux;
- état de stress au travail;
- situation d'agression et de violence;
- épuisement...

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- travail autour de la culpabilité;
- réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille;
- prévention de l'épuisement...;
- au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

3. Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Economie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- cursus scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études...);
- entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget;
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales;
- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...);
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...);
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...);
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...);
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...);
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- réaliser les démarches administratives;
- rechercher des aides pour le financement des obsèques;
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

CHAPITRE II - SERVICES AUX ENTREPRISES : INFORMATION JURIDIQUE PRÉVOYANCE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes les questions du « Service des ressources humaines » du souscripteur, en lien avec un risque indemnisé par Mutex.

Le nombre d'entretiens pour le service « Ressources Humaines » est limité à un maximum de 10 par an, par entreprise.

Les domaines d'information sont les suivants :

1. Incapacité de travail

- Quelle est la procédure à suivre pour être reconnu inapte ?
- Qui peut reconnaître un salarié inapte à son poste de travail ?
- Combien de visites médicales doivent être effectuées avant d'être déclaré inapte à son poste de travail ?
- Le Médecin du Travail peut-il proposer des aménagements de postes ? Et dans un tel cas, l'employeur est-il obligé de suivre les recommandations de la Médecine du Travail ?
- De combien de temps dispose l'employeur pour prendre une décision sur l'avenir du salarié dans l'entreprise après la remise du rapport de la Médecine du Travail ?
- Si l'employeur ne fait rien pendant trente jours après la deuxième visite médicale, le salaire doit-il être versé ? Et pendant les trente jours suivants la deuxième visite médicale ?
- L'employeur peut-il licencier le salarié s'il est reconnu inapte à tous postes ?
- L'employeur doit-il effectuer des recherches de reclassement en cas d'incapacité à tous postes ?

2. Invalidité

- Qui peut reconnaître l'état d'invalidité d'une personne ?
- Quelles sont les subventions dont peut bénéficier une personne reconnue invalide et quelles en sont les conditions d'attribution ?
- Une personne invalide peut-elle continuer à travailler ?
- Une personne invalide peut-elle être licenciée par son employeur ?
- Que devient la rémunération d'une personne invalide ?
- Peut-on compenser sa pension d'invalidité et à pension de retraite ?
- Une visite médicale de reprise est-elle obligatoire après un arrêt de travail d'une personne reconnue en invalidité ?
- Qui doit informer l'employeur de l'état d'invalidité ?

3. Décès

- Quelles sont les organismes à contacter en cas de décès d'un salarié ?
- Quelles sont les démarches à effectuer en cas de décès du salarié sur le lieu de travail ou pendant ses heures de travail ?
- Un solde de tout compte doit-il être réalisé à la suite du décès du salarié ? Et à qui doit-il être adressé ?
- Quelles sont les indemnités à verser en cas de décès d'un salarié ?
- Existe-t-il un capital décès supplémentaire, en plus de celui versé par la Sécurité sociale ?
- Quel est le montant du capital décès versé par la Sécurité sociale et comment est-il calculé ?
- Une rente doit-elle être versée au conjoint survivant du salarié décédé ?
- Cette rente est-elle soumise aux cotisations sociales, à la CSG, et à la CRDS ?
- Les héritiers d'un salarié en instance de licenciement ou de rupture conventionnelle peuvent-ils prétendre à une indemnité de rupture ?

III - ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT

1. Bilan psycho-social de la situation

A tout moment, lorsque l'Assuré se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour faire le point sur la situation. A l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues;
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales;
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale;
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, L'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives: portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

2. Assistance préventive

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

2.1. Prévention de l'épuisement de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros**, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'État.

2.2. Santé et bien-être de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances;**
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux **à concurrence d'un maximum de 12 heures;**
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

2.3. Soutien à la vie quotidienne

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **pour une durée maximale de 6 mois;**
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.**

2.4. Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement **à hauteur d'un maximum de 12 heures;**
- la mise en place d'un portage de repas et son financement **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.**

3. Assistance en situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé...
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

3.1. Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours**;
- une prestation de bien-être ou de soutien **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, auxiliaire(s) de vie, petit jardinage;
- l'organisation et le financement **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile**.

3.2. Epuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire d'autre part, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives**;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit**;
- l'organisation d'un accueil de jour, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit**.

3.3. Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours**;
- une prestation de bien-être ou de soutien **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, auxiliaire(s) de vie, petit jardinage;
- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile**;
- une prestation d'ergothérapeute **à raison d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile**.

4. Fin de la situation d'aidant

A tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourra prendre en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à concurrence d'un maximum de 3 séances**;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile**;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

4.1. Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à hauteur du coût de la cotisation annuelle**;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens**.

IV - PRESTATIONS DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

CHAPITRE III - PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE

JUSTIFIÉE PAR UN ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR À 10 JOURS

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'incapacité.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Ces prestations peuvent venir en complément de celles du contrat santé.

Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

1. Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation **en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- service(s) de portage de repas ;
- entretien(s) du linge ;
- séance(s) de coaching santé ;
- séance(s) de coaching nutrition ;
- auxiliaire de vie ;
- petit jardinage.

2. Garde des enfants ou petits-enfants de - de 16 ans

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour**. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ; aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;

- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

3. Garde des personnes dépendantes

Si l'assuré a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DOM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

4. Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours**.

CHAPITRE IV - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE GRAVE

1. En cas de traitement anticancéreux nécessitant des séances de chimiothérapie ou radiothérapie

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- **dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;**
- **dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;**
- **lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

2. Soutien psychologique

En cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois, un soutien psychologique est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Généralement limités à 10 par année civile, ces entretiens portent spécifiquement sur les affections de longue durée.

CHAPITRE V - PRESTATION SPÉCIFIQUE À L'INVALIDITÉ DE 1^{RE} CATÉGORIE

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'invalidité de 1^{re} catégorie.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur**.

1. Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum**. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES À L'INVALIDITÉ DE 2^E OU 3^E CATÉGORIES

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur pour l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie**.

Une seconde prestation sera accordée après une évaluation de la situation et des besoins par le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'invalidité de 3^e catégorie.

1. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence d'un maximum de 30 heures**.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

2. Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum**. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

3. Diagnostic pour réaménager le logement

L'Assisteur organise et prend en charge la réalisation d'un diagnostic par un ergothérapeute dûment compétent, destiné à préconiser les travaux d'aménagement et d'adaptation du logement. Cette prise en charge financière est complétée d'un accompagnement des projets de réalisation des travaux, d'aide et conseils sur l'interprétation des devis de prestataires et sur les travaux proposés, de renseignements sur les fournisseurs de matériels spécialisés, par le biais de rendez-vous téléphoniques réguliers et de recherche d'aides publiques existantes pour contribuer à financer les travaux. **Cependant, en aucun cas, l'Assisteur ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qu'il faut effectuer.**

4. Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF)

L'Assisteur organise et prend en charge l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile en concertation avec l'assuré ou ses bénéficiaires **à hauteur d'un maximum de 300 euros**.

L'Assisteur peut prendre en charge, sur évaluation sociale, les frais engendrés par l'intervention de cette technicienne. Celle-ci intervient au sein des familles rencontrant des difficultés liées à la maladie ou à la survenue d'un handicap, dès lors qu'il existe des enfants de moins de 12 ans, afin de contribuer à un soutien au rôle éducatif et parental. De plus, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur aide le bénéficiaire dans ses démarches, afin d'obtenir des financements permettant de poursuivre cet accompagnement, si nécessaire.

CHAPITRE VII - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES AU DÉCÈS

1. Accompagnement spécifique en cas de décès

1.1. Enregistrement et Respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement

sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'assuré puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1.BENEFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

1.2. Conseil devis obsèques

Ce service permet à l'assuré de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si l'assuré souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que l'assuré aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. **Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.**

Ce service est également accessible aux proches, au moment du décès de l'assuré.

1.3. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.**

1.4. Accompagnement Psycho-Social

En cas de décès de l'assuré, ce service permet aux proches de l'assuré de bénéficier, à leur demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...);
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer;
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir;
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre;
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (agents administratifs et sociaux...).

2. Prestations d'assistance en cas de décès en France

2.1. Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

2.2. Aide à Domicile

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, **à concurrence de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

2.3. Prestations de Bien-être et de Soutien

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation de bien-être de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres Bénéficiaires :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

2.4. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits- enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

2.5. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Lors du décès de l'assuré qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

2.6. Garde des animaux de compagnie

Lors du décès d'un Bénéficiaire et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

2.7. Avance de fonds

Si l'un des autres bénéficiaires ou les proches de l'assuré sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050€ TTC, pour les frais d'obsèques.**

Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

3. Prestations d'assistance en cas de décès à plus de 50 km du domicile en France

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- **en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, à plus de 50 km du domicile principal du bénéficiaire;**
- **lors d'un déplacement à titre privé* de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.**

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

3.1. Transfert du corps ou de l'urne cinéraire

Lors du décès du Bénéficiaire, l'Assisteur organise le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine, Monaco ou Andorre, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, **à concurrence de 3 000 euros TTC,**
- les frais de cercueil pour permettre le transport **à concurrence de 800 euros TTC.**

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables

au transport, sont pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

3.2. Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès de l'assuré, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition et prend en charge le transport de cet ayant droit. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 75€ TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.**

3.3. Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine ou Monaco des autres bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux à son domicile voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France métropolitaine, Monaco ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou Monaco.

3.4. Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi à **concurrence de 155€ TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès d'un bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.**

V-AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'arrêt de plus de 2 mois ou pendant toute la durée de l'invalidité de 1^{re} catégorie, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur peut vous accompagner et vous aider à préparer votre retour à l'emploi.

Ce service, totalement gratuit, est mis en œuvre dans le cadre d'un engagement libre et volontaire du bénéficiaire et en toute confidentialité. Il repose sur la démarche suivante :

- l'organisation d'entretiens téléphoniques pour identifier les facteurs qui peuvent freiner le retour à l'emploi. Ces facteurs peuvent être de trois types : psychologiques, sociaux et/ou professionnels ;
- la définition d'un programme d'action avec des rendez-vous téléphoniques programmés pour travailler sur ces freins, avec un psychologue pour du soutien psychologique pour chercher des solutions par rapport à l'environnement professionnel et/ou un accompagnement social par une assistante sociale ou une conseillère en économie sociale et familiale pour rechercher des solutions à la résolution des obstacles matériels (par exemple recherche de financements pour changer de mode de transport ou se rapprocher du lieu de travail, recherche de solutions pour la garde des enfants) ;
- des conseils pour faciliter le retour à une activité physique adaptée, et/ou des conseils nutritionnels afin d'améliorer le mieux-être peuvent également être proposés dans le cadre de cet accompagnement ;
- en cas d'incapacité à la reprise du travail dans l'entreprise, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur vous accompagne vers une autre solution de retour à l'emploi, vers

des solutions de lien social et dans les démarches administratives pour l'obtention d'aides complémentaires et contribuer à l'équilibre du budget.

VI-GESTION DE CRISE SUR LE SITE DE L'ENTREPRISE

Cette prestation est proposée dans le cadre des événements suivants :

- agression de salarié(s) dans le cadre de l'activité professionnelle
- refus de réintégrer le poste
- suicide d'un collègue
- accident sur le lieu de travail

Le déclenchement de cette prestation demandé par l'entreprise est soumis à évaluation du psychologue, **la durée maximum totale de présence sur site ne pourra dépasser 3 jours ouvrés se succédant, à hauteur d'un maximum de 6 heures par jour.**

La prestation comprend la prise en charge par un psychologue accompagné d'une assistante de service social ou de toute autre personne-ressource.

Ces interventions sont basées sur plusieurs modules (débriefing psychologique sur site, renfort procuré par la présence d'une assistante de service social, coordination d'une médiation entre les acteurs...).

Des entretiens téléphoniques individuels de soutien social ou psychologique peuvent être proposés, pour accompagner les conséquences de l'évènement.

VII-CADRE JURIDIQUE

1. Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

2. Conditions restrictives d'application des garanties

2.1. Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

2.2. Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

2.3. Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation ;
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère ;
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques ;
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc.

3. Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi ;
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin ;
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles ;
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome ;
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure ;
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle ;
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

4. Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

5. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

6. Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers

qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

7. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union ou d'un envoi recommandé électronique à l'Assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L. 221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de (2) ans court à compter de l'acte interruption de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

8. Protection des données

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à

l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA-DPO - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 Bezons ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

9. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<http://www.mediateur-mutualite.fr>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.



2344540

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37302300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties d'assistance :

Ressources Mutuelles Assistance,

Union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex 01

PRÉAMBULE

Votre entreprise a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire, au bénéfice de la catégorie de salariés définie au résumé de garanties, auprès de Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de garanties de prévoyance, et le cas échéant de la garantie assistance.

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat.

Il convient de vous référer au résumé de garanties joint afin de connaître la ou les garanties expressément souscrites par votre entreprise à votre bénéfice.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail, ou anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés.

La présente notice associée au résumé de garanties obligatoirement joint, vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

La notice indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Le résumé de garanties mentionne notamment la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, la ou les garanties souscrites ainsi que leurs montants, et la date de prise d'effet du contrat.

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

La présente notice d'information et le résumé de garanties vous sont obligatoirement remis par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice et/ou un nouveau résumé de garanties mis à jour ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en dernière page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice accompagnée du résumé de garanties.

Sommaire

A - GARANTIES DE PRÉVOYANCE	2	III - ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT	14
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	2	IV - PRESTATIONS DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE	15
Chapitre I - Quelle est la durée des garanties ?	2	Chapitre III - Prestations en cas d'Incapacité de Travail ou Incapacité Professionnelle	15
Chapitre II - Les cotisations	3	Chapitre IV - Prestations spécifiques en cas d'arrêt de travail pour maladie grave	16
Chapitre III - Les Prestations	4	Chapitre V - Prestation spécifique à l'invalidité de 1 ^{re} catégorie	16
Chapitre IV - Dispositions diverses	5	Chapitre VI - Prestations spécifiques à l'invalidité de 2 ^e ou 3 ^e catégories	16
II - DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE	7	Chapitre VII - Prestations spécifiques au décès	16
Chapitre V - Définitions	7	V - AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI	18
Chapitre VI - Garantie Capital Décès ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	7	VI - GESTION DE CRISE SUR LE SITE DE L'ENTREPRISE	18
Chapitre VII - Garantie obsèques	8	VII - CADRE JURIDIQUE	18
Chapitre VIII - Garantie rente éducation	8	ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS PRÉVOYANCE	21
Chapitre IX - Garantie rente de conjoint	9	ANNEXE 2 : ATTESTATION DE RÉCEPTION	23
Chapitre X - Garantie incapacité temporaire	9		
Chapitre XI - Garantie invalidité – Incapacité Permanente Professionnelle	10		
B - GARANTIE ASSISTANCE	10		
I - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES	11		
II - SERVICES DESTINÉS AUX SALARIÉS ET AUX ENTREPRISES	13		
Chapitre I - Services pour faciliter le quotidien des salariés	13		
Chapitre II - Services aux entreprises : information juridique prévoyance	13		

A - GARANTIES DE PRÉVOYANCE

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Les garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat.

Sous réserve du respect des éventuelles formalités médicales, vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie professionnelle mentionnée au résumé de garanties et que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement ou que vous avez changé de catégorie professionnelle postérieurement à la date d'effet du contrat, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche ou de ce changement de catégorie, sous réserve du respect des éventuelles formalités médicales et à condition que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction. **Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration effectuée par votre employeur.**

Dès lors que vous êtes affilié au contrat, vous êtes appelé « assuré ».

Quand cessent-elles ?

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu ci-après (cf « Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations, en cas de résiliation du contrat et dans le cadre de la portabilité des droits »), les garanties cessent :

- à la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré ;
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur ;
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée) ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Quand sont-elles suspendues ?

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité, ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par votre employeur et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- au versement d'un revenu de remplacement par votre employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.).

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

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

Les garanties reprennent effet dès votre reprise du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration de votre employeur.**

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

Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension de votre contrat de travail donne lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur ;
- ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité, ou rente d'incapacité permanente

professionnelle) financée au moins pour partie par votre employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

- ou au versement d'un revenu de remplacement par votre employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue au chapitre II.

En cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation de votre contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement (pour le même fait générateur).

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat ou d'un autre contrat de prévoyance collective à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle vous bénéficiez de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

En cas de résiliation du contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du contrat ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle ou si vos droits à prestations sont nés antérieurement à la date de résiliation 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 du contrat si vous êtes salarié ;
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits si vous êtes un ancien salarié.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits et dans les conditions définies au chapitre III (cf « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »).

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

Dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés de l'entreprise, ci-après dénommée le souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

• Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

• **Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture**

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail.

Durée

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

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat, ou la date d'effet du transfert de personnes au contrat faisant suite à une fusion avec une entreprise ou à une opération de restructuration assimilée dans le cas de la reprise de ces engagements par le souscripteur bénéficient du maintien des garanties du contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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

• **Cessation du maintien**

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que vous n'apportez 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 ci-après;**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail;**
- **au jour de la survenance de votre décès.**

• **Obligations de l'ancien salarié**

Vous devez justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Bénéficiaires de la portabilité » ci-avant et notamment de votre indemnisation par le régime d'assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties.

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de votre situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage, et la liquidation de votre pension de retraite de base.

En cas de sinistre, une demande de prestation accompagnée des pièces justificatives, de l'attestation d'indemnisation par l'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à l'assurance chômage devra être adressée à l'organisme assureur par vous-même ou votre bénéficiaire.

• **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.

• **Garanties et prestations maintenues**

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de personnel à laquelle vous apparteniez avant la cessation de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

- Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au chapitre III (cf « Quelle est l'assiette des prestations ? »), précédant la date de cessation de votre contrat de travail hors sommes de toute nature versées à cette occasion.

- Cumul des prestations

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

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé

d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que vous auriez pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité.

• **Modifications contractuelles – Résiliation**

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

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

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

• **Obligations de votre employeur**

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE II - LES COTISATIONS

Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale.

On entend par :

- tranche 1 : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 : partie du salaire annuel brut comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond ;
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche B et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini au chapitre I de la présente notice d'information (cf. « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé »), le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

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

Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes en arrêt de travail et bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et que vous ne percevez plus aucune rémunération de votre employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?

A défaut de paiement de la cotisation par votre employeur dans les quinze jours de son échéance, que le paiement soit trimestriel ou mensuel, après une mise en demeure adressée à ce dernier par l'organisme assureur par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

CHAPITRE III - LES PRESTATIONS

Quelle est l'assiette des prestations ?

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

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

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

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

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

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à douze mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par votre employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, vous permettre de percevoir en net plus que votre salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si vous n'exercez plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après ;
- si vous exercez une activité à temps partiel, le salaire que vous auriez perçu si vous aviez repris votre activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire que vous percevez au titre de votre activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de votre temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

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

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la

Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès.

Le taux de revalorisation est fixé par référence aux indices de revalorisation annuellement définis par l'organisme assureur entre le début de votre arrêt de travail et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de votre décès.

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

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve lorsque vous êtes le bénéficiaire que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

L'indice de revalorisation est défini annuellement par l'organisme assureur en fonction des résultats des produits de même nature.

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

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

Revalorisation des capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^e de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

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

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

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies au paragraphe « Revalorisation des prestations en cours de service » ci-avant.

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

Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?

Exclusions concernant les garanties décès et invalidité absolue et définitive

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

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

Pour les garanties « capital double effet » et « capital prédécès », le conjoint, concubin ou partenaire de Pacs ou l'enfant à charge se voient également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Pour la garantie « allocation complémentaire d'orphelin », le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

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

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

Exclusions concernant les garanties décès accidentel, invalidité absolue et définitive accidentelle et les frais d'obsèques

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

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

Pour la garantie « obsèques », le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge de plus de 12 ans de l'assuré se voient également appliquer les exclusions de risques définis ci-dessus.

Déchéance de garantie

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

En outre, vous et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations êtes déchu(s) de tout droit à garantie :

- en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.

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

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations ;
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

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

Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de l'organisme assureur et votre médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal compétent de votre domicile.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de votre situation, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à votre charge.

Réclamations et médiation

Pour toute réclamation liée à l'exécution du contrat, vous pouvez vous adresser, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires des prestations, en priorité aux services de gestion de l'organisme gestionnaire, ou à Mutex via l'un des canaux réservés suivants :

- par courrier auprès du Service Qualité Relation Adhérent : **MUTEX – SQRA** - 140, avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites préalablement obtenues ;
- via le formulaire de contact [mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/](https://www.mutex.fr/nous-contacter/).

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou assureur n'a pas pu donner immédiatement entière satisfaction, **vous êtes invité, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires de prestations, à formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.**

Quel que soit le point de contact, le réclamant recevra un accusé de réception par écrit de sa réclamation sur support durable dans un délai maximal de **dix jours** ouvrables à compter de la date de son envoi (sauf en cas de réponse dans ce délai).

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à répondre au réclamant dans un délai n'excédant pas **deux mois** à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à l'organisme assureur sont accessibles sur le site : www.mutex.fr.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, l'organisme assureur met à votre disposition et à celle des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec l'organisme assureur relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par vous-même ou le bénéficiaire des prestations, au plus tôt à l'issue du délai de deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée :

- en priorité par internet : <https://www.mediation-assurance.org> ;
- ou par défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

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

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

Organisme de contrôle

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

Protection des données à caractère personnel

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

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

Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Votre employeur recueille et transmet les informations vous concernant pour permettre votre affiliation. Il vous informera, que des traitements vous concernant, et concernant vos éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Il est notamment mis en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte

contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le prélèvement à la source ainsi que la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, pour des opérations de prospection. Il y a également le traitement relatif à la lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

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

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

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

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

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

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

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

Vous et vos bénéficiaires disposez du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous et vos bénéficiaires disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits, ainsi que les bénéficiaires soit par mail : dpo@mutex.fr, soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements de vos données personnelles relatives à votre santé, vous, ou le cas échéant à celle de vos bénéficiaires, vous ou vos bénéficiaires devez vous adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez

adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant les numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

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

Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites par vous-même ou votre employeur servent de base aux garanties et constituent de ce fait un élément essentiel lors de l'adhésion.

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

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

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

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Subrogation

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

Traitement des prestations décès non réclamées

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

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

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

Territorialité

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

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

II - DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE

CHAPITRE V - DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, vos enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- avant leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- avant leur 28^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
 - quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 28^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

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

Personnes à charge

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

Conjoint

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

Concubin

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

Partenaire de Pacs

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

Franchise

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

Accident

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

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

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

CHAPITRE VI - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Quel est l'objet de la garantie ?

Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

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

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

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

Une majoration par enfant ou personne à charge est prévue. Le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident

Cette garantie a pour objet d'assurer, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle, le versement d'un capital supplémentaire au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

Une majoration par enfant ou personne à charge est prévue. Le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Capital double effet

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultané ou postérieur de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs dans les douze mois suivant votre propre décès ou invalidité absolue et définitive, d'un capital au profit des enfants à charge, réparti à parts égales entre eux.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieur, il faut entendre par enfants à charge, les enfants qui étaient à votre charge à la date de votre décès ou invalidité absolue et définitive, et qui sont à la charge de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive, sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies au chapitre V de la présente notice.

Si une majoration par enfant ou personne à charge est prévue, alors le montant du capital correspondant à la somme des majorations pour enfant ou personne à charge est versé aux enfants ou personnes à charge et est réparti à parts égales entre eux.

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

Capital prédécès

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital à votre profit dans l'hypothèse du décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ou d'un enfant à votre charge de plus de 12 ans.

Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?

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

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

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur dans l'hypothèse de la survenance de votre décès.

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

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

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

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

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

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

Bénéficiaires du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes et d'origine accidentelle

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous êtes le bénéficiaire des capitaux, à l'exception des majorations éventuelles pour enfant ou personne à charge (versées à chacun des intéressés).

Bénéficiaires du capital double effet

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

Bénéficiaire du capital prédécès

Vous êtes le bénéficiaire du capital en cas de décès de votre conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou enfant ou personne à charge.

Quels sont les montants des capitaux ?

Les montants des capitaux sont définis au résumé de garanties **dès lors qu'ils ont été souscrits par votre employeur.**

Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe 1 et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu au chapitre IV.

CHAPITRE VII - GARANTIE OBSÈQUES

Quels sont l'objet de la garantie et le montant de la prestation ?

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, du décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, d'une indemnité pour frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées hors frais de concession, au profit des bénéficiaires tels que définis ci-après et ce, dans la limite du montant fixé au résumé de garanties **si cette garantie a été souscrite par votre employeur.**

Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

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

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les prestations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de 30 jours à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe 1.

CHAPITRE VIII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Quel est l'objet de la garantie ?

Rente éducation de base

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant son 28^e anniversaire, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé), ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention «invalidité», **et sous réserve qu'il soit âgé de moins de 28 ans à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.**

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

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

Allocation complémentaire d'orphelin

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent dans les douze mois suivant votre propre décès, ou lorsque vos enfants deviennent orphelins des deux parents au jour de votre décès, d'une allocation complémentaire annuelle, à chaque enfant à charge.

Quels sont les montants des prestations ?

Les montants des prestations sont définis au résumé de garanties **dès lors que la garantie a été souscrite par votre employeur.**

Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

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

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme échu et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe 1.

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

Quand cesse le versement des rentes ?

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE IX - GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Quel est l'objet de la garantie ?

Rente de conjoint viagère

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, quelle qu'en soit la cause, d'une rente viagère au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès.

Rente de conjoint temporaire

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, quelle qu'en soit la cause, d'une rente temporaire au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès) ne bénéficiant pas d'une pension de réversion du régime de retraite complémentaire (Agirc - Arrco).

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

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

Allocation d'orphelin

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent dans les douze mois suivant votre propre décès, d'une allocation annuelle à chaque enfant à charge.

Capital décès substitutif

Lorsque vous êtes célibataire, veuf ou définitivement divorcé au moment de la survenance de votre décès, il est versé un capital décès substitutif, en lieu et place de la rente de conjoint, en complément du (ou des) capital(s) décès prévu(s) au chapitre VI.

Quels sont les montants des prestations ?

Les montants des prestations sont définis au résumé de garanties dès lors que la garantie a été souscrite par votre employeur.

Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

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

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme échu sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe 1.

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

Quand cesse le versement des rentes ?

Rente viagère

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

Rente temporaire

Le service des rentes temporaires prend fin :

- à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause du jour de la survenance de son décès.

Allocation d'orphelin

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE X - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Cette garantie, **si elle est souscrite par votre employeur**, figure au résumé de garanties, et est indissociable de la garantie Invalidité-incapacité permanente professionnelle.

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires, à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, lorsque vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie au résumé des garanties.

Cette franchise peut être continue ou discontinue.

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

Si la franchise est discontinue, la détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées par la Sécurité sociale et non prises en charge au titre du présent contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents. Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale définie aux conditions particulières le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

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

Quels est le montant de la prestation ?

Conditions de prise en charge

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, il vous est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant défini au résumé de garanties.

Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.

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

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle médical prévu au chapitre IV.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées au chapitre III (cf « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? »).

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites (notamment en cas d'envoi à

la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le présent contrat.

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

Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

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

Que se passe-t-il en cas de rechute ?

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

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

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

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

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

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

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

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

CHAPITRE XI - GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Cette garantie, **si elle est souscrite par votre employeur**, figure au résumé de garanties, et est indissociable de la garantie incapacité temporaire.

Quel est l'objet de la garantie ?

Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

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

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

Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'incapacité permanente professionnelle (IPP), (en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale), d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Quel est le montant des prestations ?

Garantie invalidité

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

Garantie incapacité permanente professionnelle

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

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

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

Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?

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

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

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe 1.

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

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

B - GARANTIE ASSISTANCE

La garantie Assistance est présentée en inclusion du contrat Prévoyance Collective TPE (à l'exclusion de la gamme TPE 1,50 %) ou Prévoyance Collective PME souscrit par votre employeur, et figure au résumé de garanties si elle est souscrite.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir la garantie d'assistance dont bénéficient les assurés au contrat de prévoyance collective assuré par Mutex. Le contrat d'assistance a été souscrit auprès de l'Union Technique RMA, dont le siège social est à Vertou (44124), 46, rue du Moulin - CS 32427, Union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - siren 444 269 682.

Ressources Mutuelles Assistance est placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

I - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES

Article 1 - Bénéficiaires

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le souscripteur pour les garanties « services aux entreprises » ;
- le salarié assuré au contrat collectif, ou à défaut ses proches lorsque cela est précisé.

Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la date de souscription du contrat de prévoyance collective assuré par Mutex.

La garantie d'assistance suit le sort de ce contrat, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

Article 3 - Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours ;
- pour tout déplacement en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM* (au-delà de 50 km du domicile pour la prestation « Transfert de corps en cas de décès »).

Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

** Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

Article 4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans votre contrat de prévoyance collective Mutex. Ils peuvent être les suivants :

- un arrêt de travail supérieur à 10 jours (ou à 2 mois pour l'aide au retour à l'emploi) ;
- un arrêt de travail pour maladie grave ;
- une invalidité de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie ;
- le décès d'un bénéficiaire ;
- une situation d'aidant.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5 - Modalités de mise en œuvre

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

Par téléphone : 09 69 32 96 36

Pour les assurés résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 9 69 32 96 36

Possibilité de contacter par mail à l'adresse :

prevoyance@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler le nom de votre Entreprise et si vous en disposez le numéro du contrat collectif ;
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les Vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le transfert de corps en cas de décès, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

Article 6 - Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur. Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

Article 7 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, 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'examen médicaux.

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

Aidant

Est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et

fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile

La mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie

Sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

Arrêt de travail

Il s'agit d'une prescription réalisée par un médecin et justifiée par l'état de santé du patient. La prescription comporte 3 volets à transmettre aux services concernés dans les 48 heures. Elle peut être sous forme papier (les volets 1 et 2 sont alors à envoyer au service médical de la caisse d'assurance maladie) ou sous forme dématérialisée (les volets 1 et 2 sont alors transmis directement par le médecin à la caisse d'assurance maladie via la carte vitale). Dans tous les cas, le patient doit adresser le volet 3 du formulaire à son employeur ou à Pôle Emploi.

Assuré

Personne physique salariée du souscripteur et affiliée au régime général de la Sécurité sociale.

Ascendant

Sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'assuré.

Ayants droit

Les ayants droit de l'assuré, sont ceux définis comme tels par cet assuré au titre de son contrat de prévoyance.

Bénéficiaire

La personne bénéficiant des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance et ses ayants droits.

Centre de convalescence

Structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Dépendance

État impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Assuré, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Assuré portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Domicile ou résidence habituelle

Le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire est celui mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM

Par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 km de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etablissement de soins

Tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Frais d'hébergement

Frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

Handicap

Constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation

Tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Incapacité de travail

Il s'agit de la période indemnisée sous forme d'Indemnités Journalières par la caisse d'assurance maladie au titre d'un arrêt de travail, hors Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

Incapacité professionnelle

Il s'agit de la période indemnisée sous forme d'Indemnités Journalières par la caisse d'assurance maladie au titre d'un arrêt de travail, en lien avec un Accident du Travail ou une Maladie Professionnelle.

Invalidité 1^{re} catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus capables d'exercer une activité rémunérée.

Invalidité 2^e catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

Invalidité 3^e catégorie

Les assurés classés dans cette catégorie par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie sont reconnus absolument incapables d'exercer une profession quelconque et sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Personne dépendante

Toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Assuré ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Assuré et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives

Ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche

Les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'assuré ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Souscripteur

Personne morale signataire du contrat d'assurance en prévoyance collective au bénéfice de ses salariés.

Traitement

Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport

Sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500€ pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

II - SERVICES DESTINÉS AUX SALARIÉS ET AUX ENTREPRISES

CHAPITRE I - SERVICES POUR FACILITER LE QUOTIDIEN DES SALARIÉS

1. Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement;
- justice/défense/recours;
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...);
- assurances sociales/allocations/retraites;
- fiscalité;
- famille.

Pratique :

- consommation;
- vacances / loisirs;
- formalités/cartes/permis;
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

2. Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, généralement limités à 10 par année civile.

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- difficulté scolaire;
- difficulté autour de l'entrée dans la vie active;
- situation de harcèlement ou agression;
- conduites à risques, conduites addictives;
- souffrance psychologique...

Un soutien peut être proposé à l'adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :

- l'annonce d'une maladie;

- le parcours de soins;
- l'image de soi, gestion des douleurs;
- l'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- risques Psycho-Sociaux;
- état de stress au travail;
- situation d'agression et de violence;
- épuisement...

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- travail autour de la culpabilité;
- réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille;
- prévention de l'épuisement...;
- au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

3. Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Economie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- cursus scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études...);
- entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget;
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales;
- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...);
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...);
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...);
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...);
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...);
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- réaliser les démarches administratives;
- rechercher des aides pour le financement des obsèques;
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

CHAPITRE II - SERVICES AUX ENTREPRISES : INFORMATION JURIDIQUE PRÉVOYANCE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes les questions du «Service des ressources humaines» du souscripteur, en lien avec un risque indemnisé par Mutex.

Le nombre d'entretiens pour le service «Ressources Humaines» est limité à un maximum de 10 par an, par entreprise.

Les domaines d'information sont les suivants :

1. Incapacité de travail

- Quelle est la procédure à suivre pour être reconnu inapte ?
- Qui peut reconnaître un salarié inapte à son poste de travail ?
- Combien de visites médicales doivent être effectuées avant d'être déclaré inapte à son poste de travail ?
- Le Médecin du Travail peut-il proposer des aménagements de postes ? Et dans un tel cas, l'employeur est-il obligé de suivre les recommandations de la Médecine du Travail ?
- De combien de temps dispose l'employeur pour prendre une décision sur l'avenir du salarié dans l'entreprise après la remise du rapport de la Médecine du Travail ?
- Si l'employeur ne fait rien pendant trente jours après la deuxième visite médicale, le salaire doit-il être versé ? Et pendant les trente jours suivants la deuxième visite médicale ?
- L'employeur peut-il licencier le salarié s'il est reconnu inapte à tous postes ?
- L'employeur doit-il effectuer des recherches de reclassement en cas d'incapacité à tous postes ?

2. Invalidité

- Qui peut reconnaître l'état d'invalidité d'une personne ?
- Quelles sont les subventions dont peut bénéficier une personne reconnue invalide et quelles en sont les conditions d'attribution ?
- Une personne invalide peut-elle continuer à travailler ?
- Une personne invalide peut-elle être licenciée par son employeur ?
- Que devient la rémunération d'une personne invalide ?
- Peut-on compenser sa pension d'invalidité et à pension de retraite ?
- Une visite médicale de reprise est-elle obligatoire après un arrêt de travail d'une personne reconnue en invalidité ?
- Qui doit informer l'employeur de l'état d'invalidité ?

3. Décès

- Quelles sont les organismes à contacter en cas de décès d'un salarié ?
- Quelles sont les démarches à effectuer en cas de décès du salarié sur le lieu de travail ou pendant ses heures de travail ?
- Un solde de tout compte doit-il être réalisé à la suite du décès du salarié ? Et à qui doit-il être adressé ?
- Quelles sont les indemnités à verser en cas de décès d'un salarié ?
- Existe-t-il un capital décès supplémentaire, en plus de celui versé par la Sécurité sociale ?
- Quel est le montant du capital décès versé par la Sécurité sociale et comment est-il calculé ?
- Une rente doit-elle être versée au conjoint survivant du salarié décédé ?
- Cette rente est-elle soumise aux cotisations sociales, à la CSG, et à la CRDS ?
- Les héritiers d'un salarié en instance de licenciement ou de rupture conventionnelle peuvent-ils prétendre à une indemnité de rupture ?

III - ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT

1. Bilan psycho-social de la situation

A tout moment, lorsque l'Assuré se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour faire le point sur la situation. A l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues ;
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales ;
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale ;
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires permettant aux bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives : portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées,

accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

2. Assistance préventive

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

2.1. Prévention de l'épuisement de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros**, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat.

2.2. Santé et bien-être de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux **à concurrence d'un maximum de 12 heures ;**
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

2.3. Soutien à la vie quotidienne

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **pour une durée maximale de 6 mois ;**
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.**

2.4. Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement **à hauteur d'un maximum de 12 heures ;**
- la mise en place d'un portage de repas et son financement **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.**

3. Assistance en situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé...
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

3.1. Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours ;**

- une prestation de bien-être ou de soutien à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, auxiliaire(s) de vie, petit jardinage ;
- l'organisation et le financement à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile**.

3.2. Epuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire d'autre part, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation de garde de nuit à domicile à **hauteur de 2 nuits consécutives** ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit** ;
- l'organisation d'un accueil de jour, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit**.

3.3. Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile à **concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours** ;
- une prestation de bien-être ou de soutien à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition, auxiliaire(s) de vie, petit jardinage ;
- une prestation de garde de nuit à domicile à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** ;
- une prestation d'ergothérapeute à **raison d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile**.

4. Fin de la situation d'aidant

A tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

4.1. Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourra prendre en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à **concurrence d'un maximum de 3 séances** ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à **hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile** ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à **concurrence d'un maximum de 3 séances**.

4.2. Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à **hauteur du coût de la cotisation annuelle** ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à **hauteur d'un maximum de 5 entretiens**.

IV - PRESTATIONS DE SERVICES COMPLÉMENTAIRES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

CHAPITRE III - PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE

JUSTIFIÉE PAR UN ARRÊT DE TRAVAIL SUPÉRIEUR À 10 JOURS

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'incapacité.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Ces prestations peuvent venir en complément de celles du contrat santé.

1. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

2. Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- service(s) de portage de repas ;
- auxiliaire de vie ;
- entretien(s) du linge ;
- petit jardinage ;
- séance(s) de coaching santé ;
- séance(s) de coaching nutrition.

3. Garde des enfants ou petits-enfants de - de 16 ans

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour**. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

4. Garde des personnes dépendantes

Si l'assuré a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

5. Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à **concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours**.

CHAPITRE IV - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE GRAVE

1. En cas de traitement anticancéreux nécessitant des séances de chimiothérapie ou radiothérapie

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

2. Soutien psychologique

En cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois, un soutien psychologique est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Généralement limités à 10 par année civile, ces entretiens portent spécifiquement sur les affections de longue durée.

CHAPITRE V - PRESTATION SPÉCIFIQUE À L'INVALIDITÉ DE 1^{RE} CATÉGORIE

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'invalidité de 1^{re} catégorie.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur.**

1. Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES À L'INVALIDITÉ DE 2^E OU 3^E CATÉGORIES

Ces prestations s'appliquent pendant la durée de l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur pour l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie.**

Une seconde prestation sera accordée après une évaluation de la situation et des besoins par le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'invalidité de 3^e catégorie.

1. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence d'un maximum de 30 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés par l'Assisteur.

2. Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

3. Diagnostic pour réaménager le logement

L'Assisteur organise et prend en charge la réalisation d'un diagnostic par un ergothérapeute dûment compétent, destiné à préconiser les travaux d'aménagement et d'adaptation du logement. Cette prise en charge financière est complétée d'un accompagnement des projets de réalisation des travaux, d'aide et conseils sur l'interprétation des devis de prestataires et sur les travaux proposés, de renseignements sur les fournisseurs de matériels spécialisés, par le biais de rendez-vous téléphoniques réguliers et de recherche d'aides publiques existantes pour contribuer à financer les travaux. **Cependant, en aucun cas, l'Assisteur ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qu'il faut effectuer.**

4. Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF)

L'Assisteur organise et prend en charge l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile en concertation avec l'assuré ou ses bénéficiaires **à hauteur d'un maximum de 300 euros.**

L'Assisteur peut prendre en charge, sur évaluation sociale, les frais engendrés par l'intervention de cette technicienne. Celle-ci intervient au sein des familles rencontrant des difficultés liées à la maladie ou à la survenue d'un handicap, dès lors qu'il existe des enfants de moins de 12 ans, afin de contribuer à un soutien au rôle éducatif et parental. De plus, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur aide le bénéficiaire dans ses démarches, afin d'obtenir des financements permettant de poursuivre cet accompagnement, si nécessaire.

CHAPITRE VII - PRESTATIONS SPÉCIFIQUES AU DÉCÈS

1. Accompagnement spécifique en cas de décès

1.1. Enregistrement et Respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'assuré puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1.BENEFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

1.2. Conseil devis obsèques

Ce service permet à l'assuré de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si l'assuré souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que l'assuré aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. **Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.**

Ce service est également accessible aux proches, au moment du décès de l'assuré.

1.3. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.**

1.4. Accompagnement Psycho-Social

En cas de décès de l'assuré, ce service permet aux proches de l'assuré de bénéficier, à leur demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...);
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer;
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir;
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre;
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (agents administratifs et sociaux...).

2. Prestations d'assistance en cas de décès en France

2.1. Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

2.2. Aide à Domicile

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, **à concurrence de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

2.3. Prestations de Bien-être et de Soutien

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation de bien-être de soutien à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres Bénéficiaires :**

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

2.4. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

2.5. Garde ou transfert des personnes dépendantes

Lors du décès de l'assuré qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les assurés domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

2.6. Garde des animaux de compagnie

Lors du décès d'un Bénéficiaire et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

2.7. Avance de fonds

Si l'un des autres bénéficiaires ou les proches de l'assuré sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC, pour les frais d'obsèques.**

Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

3. Prestations d'assistance en cas de décès à plus de 50 km du domicile en France

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- **en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, à plus de 50 km du domicile principal du bénéficiaire ;**
- **lors d'un déplacement à titre privé* de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.**

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

3.1. Transfert du corps ou de l'urne cinéraire

Lors du décès du Bénéficiaire, l'Assisteur organise le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine, Monaco ou Andorre, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, **à concurrence de 3 000 euros TTC,**
- les frais de cercueil pour permettre le transport **à concurrence de 800 euros TTC.**

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

3.2. Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès de l'assuré, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille

mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition et prend en charge le transport de cet ayant droit. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 75€ TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.**

3.3. Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine ou Monaco des autres bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France métropolitaine, Monaco ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou Monaco.

3.4. Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi à **concurrence de 155€ TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès d'un bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.**

V - AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'arrêt de plus de 2 mois ou pendant toute la durée de l'invalidité de 1^{re} catégorie, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur peut vous accompagner et vous aider à préparer votre retour à l'emploi.

Ce service, totalement gratuit, est mis en œuvre dans le cadre d'un engagement libre et volontaire du bénéficiaire et en toute confidentialité. Il repose sur la démarche suivante :

- l'organisation d'entretiens téléphoniques pour identifier les facteurs qui peuvent freiner le retour à l'emploi. Ces facteurs peuvent être de trois types : psychologiques, sociaux et/ou professionnels ;
- la définition d'un programme d'action avec des rendez-vous téléphoniques programmés pour travailler sur ces freins, avec un psychologue pour du soutien psychologique pour chercher des solutions par rapport à l'environnement professionnel et/ou un accompagnement social par une assistante sociale ou une conseillère en économie sociale et familiale pour rechercher des solutions à la résolution des obstacles matériels (par exemple recherche de financements pour changer de mode de transport ou se rapprocher du lieu de travail, recherche de solutions pour la garde des enfants) ;
- des conseils pour faciliter le retour à une activité physique adaptée, et/ou des conseils nutritionnels afin d'améliorer le mieux-être peuvent également être proposés dans le cadre de cet accompagnement ;
- en cas d'inaptitude à la reprise du travail dans l'entreprise, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur vous accompagne vers une autre solution de retour à l'emploi, vers des solutions de lien social et dans les démarches administratives pour l'obtention d'aides complémentaires et contribuer à l'équilibre du budget.

VI - GESTION DE CRISE SUR LE SITE DE L'ENTREPRISE

Cette prestation est proposée dans le cadre des événements suivants :

- agression de salarié(s) dans le cadre de l'activité professionnelle
- refus de réintégrer le poste
- suicide d'un collègue
- accident sur le lieu de travail

Le déclenchement de cette prestation demandé par l'entreprise est soumis à évaluation du psychologue, **la durée maximum totale de présence sur site ne pourra dépasser 3 jours ouvrés se succédant, à hauteur d'un maximum de 6 heures par jour.**

La prestation comprend la prise en charge par un psychologue accompagné d'une assistante de service social ou de toute autre personne-ressource.

Ces interventions sont basées sur plusieurs modules (débriefing psychologique sur site, renfort procuré par la présence d'une assistante de service social, coordination d'une médiation entre les acteurs...).

Des entretiens téléphoniques individuels de soutien social ou psychologique peuvent être proposés, pour accompagner les conséquences de l'évènement.

VII - CADRE JURIDIQUE

1. Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

2. Conditions restrictives d'application des garanties

2.1. Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

2.2. Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

2.3. Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation ;
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc ;
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère ;
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3. Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage ;
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi ;
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin ;
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles ;
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome ;
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure ;
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle ;
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

4. Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

5. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

6. Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

7. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé

une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L. 221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union à l'Assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L. 221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de (2) ans court à compter de l'acte interruption de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

8. Protection des données

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit

ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA-DPO - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le

Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 Bezons ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

9. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur <http://www.mediateur-mutualite.fr/> ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

10. Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS PRÉVOYANCE

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

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

ANNEXE 2 – ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

Attestation de réception à découper et à remettre à votre employeur

ATTESTATION DE RÉCEPTION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information « Prévoyance Collective TPE – TPE 1,50 % - PME » accompagnée du
résumé de garanties relatif au contrat souscrit par mon employeur.....

A

le

Signature



2344550

Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37302300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties d'assistance :

Ressources Mutuelles Assistance,

Union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex 01

[illegible]

N° de SIRET

Réservé à la mutuelle

Identification de l'organisme

Code organisme

Merci de compléter les pages suivantes en fonction de la nature du « Sinistres en cours »

- Page 2 : les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle,
- Page 3 : les anciens salariés bénéficiant de prestations au titre d'un contrat de prévoyance collective (y compris des anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des droits),
- Page 4 : les ayants droit d'anciens salariés décédés, et bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, au titre d'un contrat de prévoyance collective.

Merci de parapher toutes les pages de ce document

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles des assurés et du souscripteur pour assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ainsi que pour la gestion commerciale de notre relation. Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Mutex. Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services concernés de Mutex et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, le souscripteur et les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail dpo@mutex.fr soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

- ☐ J'accepte de recevoir par courrier électronique des offres commerciales de la part de Mutex et de ma mutuelle
- ☐ Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales par voie postale ou par téléphone
- ☐ J'accepte de recevoir par courrier électronique des offres commerciales de la part des partenaires de Mutex



Elle certifie exactes et sincères les informations figurant sur cet état et reconnaît que toute fausse déclaration intentionnelle de sa part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînerait la nullité du contrat de prévoyance.

En 2 exemplaires

A

Le J J M M A A A A

Nom et qualité du signataire

[illegible]

Signature

Nom et Prénom N° de Sécurité sociale	Sexe	Catégorie professionnelle	Date de naissance	Situation de famille ⁽¹⁾	Salaire annuel brut réel ou reconstitué précédant l'arrêt	Salaire annuel brut perçu en arrêt de travail ou en invalidité	Nature de l'incapacité ⁽²⁾ : • IJ/VP ou AT • Rente invalidité ou incapacité	Date ⁽³⁾ : • d'arrêt de travail • de mise en invalidité	Montant de la prestation de la Sécurité sociale	Montant de la prestation du contrat en vigueur ⁽⁴⁾	Temps de travail / mois	Salaire net d'activité réellement perçu / mois



(1) Utiliser les abréviations suivantes :
C : célibataire, veuf, divorcé, séparé,
M : marié, concubin, pacsé.
 La lettre doit être suivie du nombre
 d'enfant(s) à charge,
 ex : marié, 2 enfants à charge = **M2**.

La lettre doit être suivie du nombre d'enfant(s) à charge,
ex : marié, 2 enfants à charge = M2.

(2) Nature :
I.J. suite à accident ou maladie vie privée :
I.J. suite à accident travail ou vie professionnelle :
Invalidité 1^{re} catégorie :
Invalidité 2^e catégorie :
Invalidité 3^e catégorie :
Incapacité permanente (ex : taux 70 %) :
Portabilité :
Mi-temps thérapeutique :

- Invalidité 1^{re} catégorie :
- Invalidité 2^e catégorie :
- Invalidité 3^e catégorie :
- Incapacité permanente (ex : taux 70 %) :
- Portabilité :
- Mi-temps thérapeutique :

I.J./VP
: I.J./AT
INV1
INV2
INV3
INC70
PORT
MT

(3) Date à préciser :

- date d'arrêt de travail pour les prestations sous forme d'I.J. ou
- date de mise en invalidité ou incapacité permanente.

(4) Périodicité :
Faire suivre le montant indiqué de la périodicité :

Montant / Jour : €

Montant / Mois : €

Montant / Trimestre : €

Montant / An : €

Paraphe

* les anciens salariés sont concernés s'ils bénéficient d'indemnités Journalières, d'une pension d'invalidité ou d'incapacité d'un précédent assureur.



(1) Utiliser les abréviations suivantes :
C : célibataire, veuf, divorcé, séparé,
M : marié, concubin, pacsé.
 La lettre doit être suivie du nombre
 d'enfant(s) à charge,
 ex : marié, 2 enfants à charge = **M2**.

(3) Date à préciser :

- date d'arrêt de travail pour les prestations sous forme d'I.J.

ou

- date de mise en invalidité ou incapacité permanente.

(4) Périodicité :
Faire suivre le montant indiqué de la périodicité :

Montant / An : €

Nom et Prénom N° de Sécurité sociale	Lien avec l'assuré décédé ⁽¹⁾	Date de naissance	Nature de la garantie ⁽²⁾	Montant de la prestation en cours de service à revaloriser ⁽³⁾	Terme de la prestation ⁽⁴⁾

(1) Utiliser les abréviations suivantes :
C : conjoint E : enfant.

(2) Nature de la garantie : RE : rente éducation RC : rente de conjoint.

(3) Périodicité de ventilation :
Faire suivre le montant indiqué de la périodicité en distinguant la part viagère de la part temporaire :

Montant / Jour :

€

Montant / Mois :

€

Montant / Trimestre :

€

Montant / An :

€

(4) Terme de la prestation : Préciser l'âge du terme ou le caractère viager.

Paraphe



Assureur des garanties de prévoyance :
MUTEX
Société anonyme au capital de 37302300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Liste du personnel



Raison sociale

N° de SIRET Convention collective appliquée (indiquer le n° de brochure JO)

Liste du personnel au (Date d'effet du contrat)

Identification de l'organisme Code organisme

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Situation de famille ⁽¹⁾	Salaire annuel ⁽²⁾ brut	Date d'entrée dans l'entreprise	Date d'entrée dans la catégorie professionnelle	Catégorie professionnelle
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



(1) Utiliser les abréviations suivantes :

- C : célibataires ou veufs ou divorcés ou séparés sans enfant
- Cn : célibataires ou veufs ou divorcés ou séparés avec enfant(s)
- M : marié sans enfant à charge (ou concubin ou Pacs)
- Mn : marié avec enfant à charge

(« n » étant le nombre d'enfants ou de personnes à charge)

(2) Indiquer le salaire annuel de l'intéressé ou sa reconstitution annuelle

PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Questionnaire Médical Complet

☐ Adhésion

☐ Avenant

☐ Facultatif - Contrat n° :

☐ Obligatoire - Contrat/proposition n° :

Cachet de la Mutuelle

Merci d'écrire en MAJUSCULES

A COMPLÉTER PAR LA MUTUELLE/LE CONSEILLER

☐ L'entreprise

Raison sociale

N° Siret

Code postal Ville

A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ(E) ☐ M^{me} ☐ M.

☐ Vous (l'assuré)

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance Département de naissance Pays de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville Pays

Tel portable Tel domicile

E-mail

Profession actuelle

Profession antérieure

Situation de famille ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge Montant du dernier salaire brut annuel €

LES GARANTIES - Renseignez les garanties en cochant la/les cases ci-après :

☐ Indemnités journalières

☐ Invalidité

☐ Incapacité professionnelle

☐ Décès / PTIA

☐ Rente éducation

☐ Rente conjoint

NOTE IMPORTANTE A LIRE AVEC ATTENTION

Mutex fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées exactes et sincères. Toute fausse déclaration, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et l'annulation de l'adhésion au contrat.

POUR PERMETTRE UN TRAITEMENT RAPIDE ET EVITER UNE DEMANDE D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES, merci :

- de ne pas laisser de question sans réponse
- d'utiliser la colonne de droite pour donner des précisions en cas de réponse positive et en cas de difficulté pour répondre à une question
- de transmettre tous les documents utiles à l'étude de votre dossier

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Leur traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Les données ainsi collectées sont indispensables pour le traitement de votre demande et de votre contrat. Elles sont exclusivement destinées au service médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex et sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, d'opposition, de portabilité, ou de limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier auprès du Médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr. Une notice de Protection des données à caractère personnel est consultable sur le site www.mutex.fr.



Paraphe assuré(e) :

A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Nous vous remercions de répondre à chaque question et de donner clairement toutes les précisions utiles.

SI VOUS REPONDEZ OUI A L'UNE DES QUESTIONS,
JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DES NOTIFICATIONS, DES COMPTES RENDUS D'EXAMENS, DE CONSULTATIONS,
D'OPÉRATIONS, D'HOSPITALISATIONS, DE BILANS, DE PRISES DE SANG, ORDONNANCES, ETC...

Questions	Réponses		Précisions à apporter en cas de réponse positive
	NON	OUI	
1 Veuillez indiquer : VOTRE TAILLE (en cm) : <input type="text"/>			VOTRE POIDS (en kg) : <input type="text"/>
2 Fumez-vous ? Si NON, avez-vous fumé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quantité journalière : _____ Age de début <input type="text"/> Quantité journalière : _____ Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/>
3 1. Etes-vous en arrêt de travail pour maladie ou accident ? 2. Avez-vous été en arrêt de travail pour maladie ou accident pendant plus de 15 jours continus au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser la/les dates et pour quel motif : _____ _____ _____
4 1. Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ou une demande est-elle en cours ? 2. Bénéficiez-vous d'une rente invalidité/incapacité ou une demande est-elle en cours ? 3. Un dossier a-t-il été déposé à la MDPH* ? 4. Avez-vous bénéficié d'un reclassement professionnel ? 5. Avez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ? <small>* Maison Départementale des Personnes Handicapées</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour ces questions, indiquer depuis quelle date et pour quel motif : _____ _____ _____ _____ _____ _____
5 Êtes-vous suivi(e) ou avez-vous été suivi(e) pour : 1. Consommation d'alcool ? 2. Consommation de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser : _____ Date de début du suivi : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/>
6 1. Suivez-vous un traitement médicamenteux depuis plus de 30 jours ? 2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médicamenteux de plus de 30 jours ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser le traitement et le motif : _____ _____ _____ _____ _____ _____ Joindre obligatoirement la copie de la dernière ordonnance
7 Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un suivi par un : <input type="checkbox"/> kinésithérapeute <input type="checkbox"/> ostéopathe <input type="checkbox"/> rhumatologue <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> psychiatre <input type="checkbox"/> neurologue <input type="checkbox"/> autre spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les case(s) et préciser pour quel motif : _____ _____ _____ _____ _____ _____



Paraphe assuré(e) :

**SI VOUS REPONDEZ OUI A L'UNE DES QUESTIONS,
JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DES NOTIFICATIONS, DES COMPTES RENDUS D'EXAMENS, DE CONSULTATIONS,
D'OPÉRATIONS, D'HOSPITALISATIONS, DE BILANS, DE PRISES DE SANG, ORDONNANCES, ETC...**

[illegible]

Paraphe assuré(e) :

Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une des affections citées ci-dessous :	Réponses		Précisions à apporter en cas de réponse positive
	NON	OUI	
10 1. Hypertension artérielle (HTA) : 2. Diabète : 3. Dyslipidémie (augmentation du cholestérol et/ou des triglycérides) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Préciser le traitement : _____ _____ _____ _____ Joindre la copie de la dernière prise de sang
11 Maladies du cœur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____ _____
12 <input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/> Autres affections des veines/artères :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ _____
13 1. <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire : 2. Syndrome d'apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ Appareillé : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
14 1. Maladies : <input type="checkbox"/> des voies biliaires <input type="checkbox"/> du pancréas <input type="checkbox"/> du foie : 2. Hépatites :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ Type : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autres : _____
15 1. Maladies : <input type="checkbox"/> de l'œsophage <input type="checkbox"/> de l'estomac <input type="checkbox"/> du colon <input type="checkbox"/> du rectum : 2. <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Recto Colite Hémorragique (RCH)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ _____ Préciser la date de début : _ _ _ _ _
16 Maladies : <input type="checkbox"/> des reins <input type="checkbox"/> de la vessie <input type="checkbox"/> des voies urinaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ _____
17 <input type="checkbox"/> Maladies psychiques et/ou psychiatriques : <input type="checkbox"/> Dépression nerveuse <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> « Burn out » :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ _____ Hospitalisation : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
18 <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Parkinson : <input type="checkbox"/> Accident cérébral <input type="checkbox"/> Paralyse même brève : <input type="checkbox"/> Névrites <input type="checkbox"/> Neuropathies périphériques : <input type="checkbox"/> Maladies des muscles <input type="checkbox"/> Myasthénie : <input type="checkbox"/> Autres maladies ou troubles neurologiques :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Cocher la/les cases, préciser la/les pathologies et la date de diagnostic : _____ _____ _____



Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une des affections citées ci-dessous :	Réponses		Précisions à apporter en cas de réponse positive
	NON	OUI	
19 Présentez-vous : • Un syndrome du canal carpien DROIT • Un syndrome du canal carpien GAUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opéré : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Séquelles : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Opéré : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Séquelles : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
20 Douleurs et/ou déformation des os et/ou des articulations : <input type="checkbox"/> Epaule(s) <input type="checkbox"/> Main(s) <input type="checkbox"/> Hanche(s) <input type="checkbox"/> Genou(x) <input type="checkbox"/> Pied(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les case(s), préciser la/les pathologies et le côté concerné : _____ _____
21 Os – Tendons – Ligaments : <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Tendinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les case(s), préciser la date, la localisation et le côté : _____ _____ Persiste-il des séquelles : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
22 Colonne vertébrale : 1. Douleurs de la colonne vertébrale : 2. Scoliose :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser le type de douleurs : <input type="checkbox"/> Cervicalgies <input type="checkbox"/> Dorsalgies <input type="checkbox"/> Lombalgies <input type="checkbox"/> Sciatiques <input type="checkbox"/> Cruralgies <input type="checkbox"/> Névralgies cervico-brachiales (NCB)
23 Douleurs chroniques : <input type="checkbox"/> SPID* <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Troubles musculo squelettiques <input type="checkbox"/> Hyperlaxité ligamentaire <input type="checkbox"/> Autres : _____ <small>*Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies, depuis quelle date et l'état actuel : _____ _____ _____
24 1. <input type="checkbox"/> Tumeurs bénignes : 2. <input type="checkbox"/> Tumeurs malignes <input type="checkbox"/> Pathologies cancéreuses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases, préciser la/les pathologies : _____ _____ La localisation : _____ Date du diagnostic : _ _ _ _ _ Date de fin de traitement : _ _ _ _ _
25 <input type="checkbox"/> Affections/maladies du sang <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies : _____ _____
26 Maladies : <input type="checkbox"/> de la Thyroïde <input type="checkbox"/> de l'Hypophyse <input type="checkbox"/> des glandes surrénales <input type="checkbox"/> des glandes parathyroïdes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases et préciser la/les pathologies, depuis quelle date et l'état actuel : _____ _____
27 Maladies de la peau : <input type="checkbox"/> Eczéma chronique <input type="checkbox"/> Psoriasis chronique <input type="checkbox"/> Autres à préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la/les cases, préciser la localisation et le traitement : _____ _____



[illegible]

RAPPEL IMPORTANT

Le questionnaire doit impérativement être complété par l'assuré(e).

Pour permettre un traitement rapide et éviter une demande d'informations complémentaires, merci de vérifier que :

- Vous avez répondu à toutes les questions
- Votre questionnaire est complet, lisible, non raturé, paraphé, daté et signé
- Vous avez utilisé la colonne de droite pour donner des précisions en cas de réponse positive
- Vous avez joint tous les documents utiles à l'étude de votre demande

Merci de mettre ce questionnaire dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe, accompagné des documents médicaux

Je certifie l'exactitude de mes réponses aux questions ci-dessus et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de l'adhésion au contrat.

Fait à Le

Signature de l'assuré(e) :

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL



213427
Page 6/6

Assureur des garanties :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Cachet de l'organisme

Questionnaire médical simplifié

□ L'entreprise

N° de contrat (à remplir en cas d'embauche d'un nouveau salarié au sein de l'entreprise)

☐ Vous (l'assuré)

E-mail

Profession(s) antérieure(s)



Questionnaire médical simplifié à remplir par le salarié

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé vous concernant afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Ces traitements ont pour base légale votre consentement à communiquer vos données et l'intérêt légitime de Mutex à gérer votre contrat. Les données ainsi collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex. Ces données sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, d'opposition, de portabilité, ou de limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier auprès du Médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

POUR DES RAISONS DE CONFIDENTIALITÉ, N'APPORTER NI COMMENTAIRE NI CORRECTION À CETTE DÉCLARATION.

Êtes-vous en arrêt de travail ou avez-vous été obligé(e) d'interrompre votre activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années? ☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) ou une demande est-elle en cours? ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie congénitale et/ou d'une maladie chronique? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous suivi pendant plus d'un mois au cours des cinq dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux (même homéopathique), un suivi spécialisé ou une thérapie par un psychiatre ou un psychologue, des séances de rééducation ou de kinésithérapie? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous subi une intervention chirurgicale et/ou une hospitalisation, même d'une journée, au cours des cinq dernières années ou devez-vous en subir une (sauf appendicite, amygdales et végétations, maternité et hernie inguinale)? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous présenté des anomalies lors d'une analyse de sang, d'urines ou tout autre examen de laboratoire au cours des cinq dernières années? ☐ OUI ☐ NON

Rapport Poids/Taille

Le résultat de l'opération :

Poids en kilogramme divisé par (taille x taille) en mètre, est-il égal ou supérieur à 30 : ☐ OUI ☐ NON

Exemple : une personne d'un poids de 95 kg mesurant 1m76 ;

soit : $\frac{95}{1,76 \times 1,76} = 30$ (Indice de Masse Corporelle).

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez :

1. Compléter le questionnaire médical complet
2. Adresser, dans l'enveloppe confidentielle «médecin conseil», le questionnaire médical complet et le questionnaire médical simplifié.

Je certifie l'exactitude de mes réponses aux questions ci-dessus et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de mon contrat conformément à l'article L. 113 -8 du Code des Assurances.

Je donne par ailleurs mon accord au traitement des données relatives à mon état de santé dans le cadre de la gestion de la demande en cours et du suivi de mon contrat.

Fait à Le

Pour l'assuré
Signature précédée de la mention
manuscrite « lu et approuvé »



Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex