



AG2R LA MONDIALE



APICIL
PRÉVOYANCE



M U T E X

Prévoyance collective à adhésion obligatoire

Convention Collective Nationale de
travail du 15 Mars 1966 (Etablissements
et services pour personnes inadaptées
et handicapées)

IDCC 413 - Brochure JO n° 3116

Conditions générales

Edition juillet 2023

Ensemble du personnel

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	4
I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT.....	5
Article 1 - Objet du contrat	5
Article 2 - Intervenants au contrat	5
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT .7	7
Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement.....	7
Article 4 - Obligations des organismes assureurs	7
Article 5 - Obligations du souscripteur	7
Article 6 - Révision du contrat	10
Article 7 - Résiliation	10
CHAPITRE III - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS.....	12
Article 8 - Engagements des organismes assureurs	12
Article 9 - Financement de la prise en charge des sinistres en cours.....	14
CHAPITRE IV - DURÉE DES GARANTIES	16
Article 10 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation.....	16
Article 11 - Terme des garanties	16
Article 12 - Suspension des garanties.....	16
Article 13 - Maintien des garanties.....	17
CHAPITRE V - COTISATIONS	22
Article 14 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	22
Article 15 - Conditions de paiement des cotisations.....	23
Article 16 - Exonération du paiement des cotisations.....	23
Article 17 - Défaut de paiement des cotisations	23
CHAPITRE VI - PRESTATIONS	25
Article 18 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations.....	25
Article 19 - Principe indemnitaire.....	25
Article 20 - Revalorisations	26
Article 21 - Risques exclus et causes de déchéance	28
CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES	29
Article 22 - Contrôles	29
Article 23 - Litiges Médicaux.....	29
Article 24 - Réclamations et litiges	29
Article 25 - Organisme de contrôle	30
Article 26 - Protection des données à caractère personnel	31
Article 27 - Prescription	33
Article 28 - Fausse déclaration	33
Article 29 - Subrogation	34
Article 30 - Territorialité	34
II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	35
CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS.....	35
CHAPITRE IX - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE	37
Article 31 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes	37
Article 32 - Garantie double effet	37
Article 33 - Bénéficiaires des prestations	38
Article 34 - Conditions de règlement des prestations	39
CHAPITRE X - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	40
Article 35 - Objet de la garantie et montant de la prestation	40
Article 36 - Bénéficiaire de la prestation	40
Article 37 - Rente temporaire substitutive de conjoint	40

Article 38 - Conditions de règlement des prestations	41
Article 39 - Terme de l'indemnisation.....	41
CHAPITRE XI - GARANTIE RENTE HANDICAP	42
Article 40 - Objet de la garantie	42
Article 41 - Montant de la rente.....	42
Article 42 - Reconnaissance de l'état de handicap	42
Article 43 - Conditions de règlement des prestations	43
Article 44 - Terme de l'indemnisation.....	43
CHAPITRE XII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE.....	44
Article 45 - Objet de la garantie	44
Article 46 - Point de départ de l'indemnisation.....	44
Article 47 - Montant des prestations garanties	44
Article 48 - Terme de l'indemnisation.....	45
Article 49 - Rechute.....	46
Article 50 - Conditions de règlement des prestations	46
CHAPITRE XIII - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	47
Article 51 - Garantie invalidité	47
Article 52 - Garantie incapacité permanente professionnelle	48
Article 53 - Point de départ du service des prestations.....	48
Article 54 - Terme de l'indemnisation.....	48
Article 55 - Conditions de règlement des prestations	49
ANNEXE 1 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS ..	50
ANNEXE 2 – MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	52
ANNEXE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE	54

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 ont signé l'avenant n°362 du 16 septembre 2021 ayant pour objet de modifier principalement les taux de cotisation du régime de prévoyance complémentaire instauré par l'avenant n° 322 (révisé par les avenants n° 332, 335, 347 et 357), au bénéfice de l'ensemble des salariés des structures relevant du champ d'application de la Convention Collective susvisée.

Le présent contrat, proposé par les organismes assureurs recommandés visés à l'article 2 ci-après, est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières ou du certificat d'adhésion obligatoirement joints.

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

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

Seules les structures relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 peuvent souscrire le contrat auprès des organismes assureurs recommandés.

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

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT

Article 1 - Objet du contrat

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

Il est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières (CP) ou du certificat d'adhésion (CA) obligatoirement joints. Les CP ou le CA prévalent sur les conditions générales en cas de contradiction sur des dispositions portant sur le même objet.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières ou le certificat d'adhésion.

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

Article 2 - Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

▪ **les organismes assureurs :**

- **Soit APICIL Prévoyance,**

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siren n° 321 862 500
Siège Social : 38, Rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE ;

- **Soit 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. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à

« l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.

- **Soit AG2R Prévoyance, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R**

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,

Siren n° 333 232 270

Siège Social : 14-16, Boulevard Malesherbes - 75008 PARIS

Assureurs des capitaux décès/invalidité absolue et définitive et des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité-incapacité permanente professionnelle

Et l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance,

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,

Siren n° 788 334 720

Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris.

Assureur des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap.

MUTEX, AG2R Prévoyance et APICIL Prévoyance gèrent les garanties « rente éducation », « rente substitutive de conjoint » et « rente handicap », au nom et pour le compte de l'OCIRP ;

La structure choisit librement l'un des organismes assureurs des capitaux décès/invalidité absolue et définitive, et des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité-incapacité permanente professionnelle auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

▪ **le souscripteur** : la personne morale signataire des conditions particulières ou du certificat d'adhésion, relevant du champ d'application de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 (établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées).

▪ **les assurés** :

- l'ensemble des salariés cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et l'ensemble des salariés non cadres, c'est à dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sous contrat de travail,
- l'ensemble des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties de prévoyance en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,

affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, et dûment affiliés au présent contrat.

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

Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement

Le présent contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion.

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 résiliation formulée par le souscripteur ou l'organisme assureur dans les conditions définies à l'article 7.

Article 4 - Obligations des organismes assureurs

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

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

Article 5 - Obligations du souscripteur

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

Le souscripteur reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information établie par l'organisme assureur et s'engage à en remettre un exemplaire à chaque assuré.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, par voie d'avenant ou lettre avenant au présent contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit et de lui remettre une notice dûment actualisée en cas de modification de celle-ci, ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs.

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

Le souscripteur s'engage à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées aux présentes conditions générales.

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant l'événement les pièces suivantes :

5.1. À la souscription

- ✓ Un état nominatif du personnel par catégorie professionnelle à assurer indiquant pour chaque intéressé, sauf si cet état peut être remplacé par les informations transmises via la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de sa signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet:
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;
 - sa date et lieu de naissance ;
 - sa date d'embauche ;
 - sa situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé, concubin ou pacsé et le nombre d'enfants qu'il a à charge) telle que connue et déclarée auprès du souscripteur ;
 - son salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale visé à l'article 14.1 ci-après.

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.

- ✓ Une liste déclarative des sinistres en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant),
 - les salariés et les anciens salariés, bénéficiant de prestations incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint, en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.
- ✓ Un état nominatif par catégorie professionnelle des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :

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

5.2. En cours d'exercice

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN :

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

Ces états doivent être transmis au plus tard dans le mois suivant l'événement.

5.3. En cas de changement affectant le périmètre assurable

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

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

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

5.4. À chaque renouvellement du contrat

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

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

Article 6 - Révision du contrat

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

Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par les organismes assureurs au souscripteur, préalablement négociée par la **Commission Mixte Paritaire** et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et les organismes assureurs, ces derniers pourront mettre en œuvre la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article 7 ci-après.

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

Les taux de cotisation pourront être également révisés **en fonction des résultats techniques mutualisés** de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales, conformément à l'article 14.3.

Article 7 - Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à chaque échéance annuelle à la demande du souscripteur ou des organismes assureurs dans les conditions suivantes :

Résiliation annuelle à l'initiative de l'organisme assureur :

La résiliation à l'initiative de l'organisme assureur peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier par lettre recommandée adressée au souscripteur.

Résiliation annuelle à l'initiative du souscripteur :

La résiliation à l'initiative du souscripteur peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon le choix de l'entreprise, en application des dispositions prévues par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019:

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;**

- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Le présent contrat peut être également résilié en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 17 des présentes conditions générales.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 mentionnée à l'article 2, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de sa structure.

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

Article 8 - Engagements des organismes assureurs

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

8.1. Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle le jour de la date d'effet du contrat étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant et sous réserve pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur), et non assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective.

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

8.2. Concernant les salariés, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle le jour de la date d'effet du contrat, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant et sous réserve pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur), et assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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.

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

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

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

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.

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

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

Les bénéficiaires de ces dispositions sont déclarés par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 5.1, dont la liste figure en annexe aux conditions particulières.

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

La prise en charge intégrale de l'indemnisation au titre des garanties définies aux présentes conditions générales, ou celle des éventuels différentiels de garanties sera conditionnée au paiement d'une prime unique par le souscripteur.

La prise en charge des revalorisations des prestations dans les conditions définies ci-avant sera conditionnée au paiement d'une cotisation additionnelle.

Le financement sera alors formalisé aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion.

Lors d'un transfert de personnes dans le cadre d'une fusion avec une autre structure ou d'une opération de restructuration assimilée, notamment un apport partiel d'actifs, ou un rachat ou reprise d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 5.3, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération ou du transfert de ces nouvelles personnes au contrat. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle et/ou une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE IV - DURÉE DES GARANTIES

Article 10 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des salariés 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,

sous réserve d'avoir été déclarés 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 11 - Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 13.2, 13.3 et 13.4 ci-après, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

Article 12 - Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous.

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 les trois mois suivant la reprise de travail. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant 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.

À compter du deuxième mois de suspension du contrat de travail (en dehors des cas visés au paragraphe 13.1 ci-dessous), ces salariés peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties décès/invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap dans les conditions définies en annexe 2.

Article 13 - Maintien des garanties

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

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

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité) 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 raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...),

les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 16.

Les garanties sont également maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève et pour ceux bénéficiant d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif dans les conditions indiquées ci-dessus.

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

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

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés bénéficiaires de prestations au titre du présent contrat 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 l'événement ouvrant droit à prestations, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

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

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

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 20 « Revalorisations ».

Les organismes assureurs garantiront les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues aux présentes conditions générales des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation du présent contrat.

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

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

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

13.4.1. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à **l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage (attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et attestation d'indemnisation par le régime d'assurance, étant précisé que ce dernier document n'est pas demandé si la demande de prestation intervient pendant une période de délai d'attente ou de différé d'indemnisation par Pole emploi), à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;

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

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

Date d'effet

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

Durée

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

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

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

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de 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 13.4.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 13.4.1 ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

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

En cas de sinistre, l'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 le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

13.4.3. Financement du maintien des garanties

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

13.4.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur à la date de cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini à l'article 18 du chapitre VI « Salaires de référence servant de base au calcul des prestations », précédant la date de cessation du contrat de travail, hors sommes de toute nature versées à cette occasion.

Montant des prestations maintenues

Afin d'assurer le maintien de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail lors du calcul des prestations et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de l'employeur, légales ou conventionnelles, sont reconstituées** sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité. De même, pour les anciens salariés qui ne satisferaient pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue sera calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

Cumul des prestations

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

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

13.4.5. Modifications contractuelles - Résiliation

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

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

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article 20 « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

13.4.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE V - COTISATIONS

Article 14 - Base de calcul, taux et révision des cotisations

14.1. Base de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total versé au salarié par l'employeur, dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion.

On entend par :

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

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

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

Les dispositions ci-dessus s'appliquent, sans préjudice de l'application le cas échéant, des dispositions de l'article 16 « Exonération du paiement des cotisations ».

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

14.2. Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières et/ou certificat d'adhésion en pourcentage de la base de calcul des cotisations telle que définie ci-avant.

14.3. Révision des taux de cotisation

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

Article 15 - Conditions de paiement des cotisations

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

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 16 - Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du présent contrat (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité 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, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Article 17 - Défaut de paiement des cotisations

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

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

Le présent contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à 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.

La cotisation sera majorée d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2% de la cotisation totale.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS

Article 18 - 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 telles que fixées aux conditions particulières ou au certificat d'adhésion.

Le salaire de référence est le salaire brut annuel total versé par l'employeur à l'assuré ayant servi d'assiette aux cotisations du présent contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

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

En cas d'arrêt de travail de l'assuré au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire défini ci-dessus intégralement reconstitué.

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

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.

Article 19 - Principe indemnitaire

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

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;

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

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

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme 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 20 - Revalorisations

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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de de son décès.

Le taux de revalorisation est fixé en fonction du cumul des taux décidés annuellement par la CNPTP, en accord avec les organismes assureurs recommandés et constatés entre la date 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.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'IAD, l'assiette des prestations de la rente éducation, de la rente substitutive de conjoint et de la rente handicap correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

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

20.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Au titre des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité - incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées, lorsque le bénéficiaire est l'assuré, et qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation au 1^{er} juillet de chaque année N, en fonction d'un taux décidé annuellement par la CNPTP, dans le courant de l'année N-1, en accord avec les organismes assureurs recommandés et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche professionnelle des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 et des résultats financiers des organismes assureurs recommandés pour l'année N-2.

Au titre des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap

Les rentes éducation, substitutive de conjoint et handicap sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

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.

Toutefois, dans le cas où le souscripteur déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat collectif de prévoyance n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du présent contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

20.3. Revalorisation des prestations décès prévue à l'article L132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

() article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.*

20.4. Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'Institution correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

Article 21 - Risques exclus et causes de déchéance

Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- du fait d'une guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- 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.

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

CHAPITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 22 - Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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.

La situation médicale de l'assuré peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Article 23 - Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil ou contrôleur 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 conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

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

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

Article 24 - Réclamations et litiges

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations peuvent s'adresser aux services de gestion de l'organisme gestionnaire.

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

En cas de désaccord, la réclamation peut être adressée, selon le type de garanties aux organismes suivants, au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel :

- pour les garanties **décès - invalidité absolue et définitive, double effet, incapacité temporaire, invalidité - incapacité permanente professionnelle** assurées par Mutex :

Mutex met à la disposition de ses assurés et des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

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

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

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

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

- pour les garanties **rente éducation, rente handicap et rente de conjoint substitutive** assurées par l'OCIRP :

Le souscripteur, les assurés et les bénéficiaires des prestations peuvent s'adresser au médiateur de la protection sociale (CTIP). Le médiateur du CTIP ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, des décisions d'augmentation des cotisations ni les procédures de recouvrement des cotisations.

L'avis rendu par le médiateur du CTIP ne lie pas les parties. Cet avis, écrit et motivé, sera transmis aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet. Tout avis est rendu en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

Le recours au médiateur du CTIP est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Le médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
75008 Paris

ou en remplissant le formulaire en ligne sur le site internet www.ctip.asso.fr, rubrique « Médiateur de la protection sociale ».

Article 25 - Organisme de contrôle

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

Article 26 - Protection des données à caractère personnel

Le salarié est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, l'Organisme assureur, peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGDP »).

L'Organisme assureur, a nommé un délégué à la protection des données personnelles qui peut être contacté à l'adresse suivante :

Pour APICIL Prévoyance :

- par courrier électronique : dpo@apicil.com
- par courrier postal : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Pour l'OCIRP :

- par courrier postal : Délégué à la Protection des Données personnelles de l'OCIRP - 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 PARIS
- par courriel : DPOcirp@ocirp.fr

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à l'Organisme assureur de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés sur la base des intérêts légitimes de l'Organisme assureur. Sur cette même base et sauf opposition du salarié, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Organisme assureur, par voie électronique uniquement, pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du salarié, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du salarié, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de l'Organisme assureur et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le salarié est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>, afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter conformément aux règles de prescription applicables.

Toute personne concernée dispose à l'égard de l'Organisme assureur, et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants en contactant APICIL Prévoyance ou l'OCIRP :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel la concernant, quand le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'organisme assureur ou nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès à la CNIL.

Le salarié est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

Le salarié est également informé que l'Organisme assureur n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, l'Organisme assureur s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le salarié ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, l'Organisme assureur s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par l'Organisme assureur au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles de l'Organisme assureur étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le salarié est invité à se rendre sur la page suivante <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles> afin de

s'informer en détails sur la politique des données personnelles de l'Organisme assureur en vigueur.

Article 27 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est 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 28 - Fausse déclaration

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

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

Article 29 - Subrogation

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

Article 30 - Territorialité

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

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

II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE VIII - DÉFINITIONS

Enfants à charge

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

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

Sont également considérés comme à charge :

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

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps judiciairement 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). De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de sa vie commune.

Partenaire de Pacs

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

Invalidité absolue et définitive

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

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

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

Franchise

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

CHAPITRE IX - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE

Article 31 - Capital décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

31.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 33.

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

31.2. Montant du capital

Montant du capital en cas de décès toutes causes

- Tout assuré **200 % du salaire annuel de référence**

Montant du capital en cas d'invalidité absolue définitive toutes causes

- Tout assuré **250 % du salaire annuel de référence**

Article 32 - Garantie double effet

32.1. Objet de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, survenu postérieurement ou simultanément à celui de l'assuré, un capital est versé au profit des enfants restant à charge tel que définis au chapitre VIII, 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.

32.2. Montant du capital

200 % du salaire annuel de référence

Article 33 - Bénéficiaires des prestations

33.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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

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

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

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

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

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

- au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut au concubin notoire ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;
- à défaut, à ses petits enfants par parts égales,
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales,
- à défaut de ceux-ci, au grands-parents survivants par parts égales,
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

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

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

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

33.3. Bénéficiaires du double effet

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

Article 34 - Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 22.

CHAPITRE X - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Article 35 - Objet de la garantie et montant de la prestation

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 égal à :

<i>Âge des enfants à charge</i>	Montant annuel en pourcentage du salaire annuel de référence
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant (sous conditions de poursuite d'études, notamment)	20 %

Le montant de la rente servie par enfant à charge ne pourra être inférieur à 200€ par mois.

La rente continue à être versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant le terme de versement de la rente éducation, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} 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 ».

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 36 - Bénéficiaire de la prestation

Les bénéficiaires sont les enfants à charge tels que définis au chapitre VIII des présentes conditions générales.

En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être à la charge de l'assuré au moment du sinistre.

Le décès de l'assuré consécutif à une invalidité absolue et définitive ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de l'IAD se poursuit en cas de décès de l'assuré.

Article 37 - Rente temporaire substitutive de conjoint

Lorsque l'assuré n'a pas d'enfant à charge, il est versé, en lieu et place de la rente éducation, au conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint dont le montant annuel représente 5 % du salaire annuel de référence.

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

Article 38 - Conditions de règlement des prestations

La rente éducation et la rente temporaire substitutive de conjoint prennent effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans les meilleurs délais.

Elles sont versées trimestriellement à terme à échoir et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

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. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu

Article 39 - Terme de l'indemnisation

Rente éducation

Le service des rentes éducation 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 1^{er} jour suivant la date de son décès.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse :

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

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XI - GARANTIE RENTE HANDICAP

Article 40 - Objet de la garantie

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

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

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

Article 41 - Montant de la rente

Le montant mensuel de la rente handicap est de **597 euros** (valeur au 1^{er} janvier 2022).

Ce montant sera revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

La prestation peut être versée sous forme de capital, au choix du bénéficiaire au moment de l'événement donnant lieu au versement de la prestation. Son montant est alors égal à 80% du capital constitutif de la rente.

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

Article 42 - Reconnaissance de l'état de handicap

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont il est atteint.

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

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

Article 43 - Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au premier jour du mois civil suivant la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme à échoir le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre, à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et de la décision favorable du médecin conseil ou contrôleur.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

Au 1^{er} janvier de chaque année, doit être adressé toute pièce valant certificat de vie ; à défaut, le service de la rente est suspendu.

Le capital est versé dans un délai de 30 jours, à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et de la décision favorable du médecin conseil ou contrôleur.

Article 44 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes prend fin au premier jour du trimestre suivant :

- la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de son décès.

CHAPITRE XII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Article 45 - 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 (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Article 46 - Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de **90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

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 ou non par l'organisme assureur, intervenues 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 de **90 jours** le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la Sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

Article 47 - Montant des prestations garanties

47.1. 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 annuel représente :

78% du salaire de référence

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, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

47.2. 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 22 des présentes conditions générales.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 19 des présentes conditions générales.

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (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), le versement des indemnités journalières complémentaires ne se fera qu'après accord de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance sous déduction d'une indemnité Sécurité sociale reconstituée de manière théorique, sans toutefois se substituer à celle de la Sécurité sociale.

Article 48 - 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, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur,
- en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- au décès de l'assuré.

Article 49 - Rechute

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

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

Article 50 - Conditions de règlement des prestations

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE XIII - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Article 51 - 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 comme suit :

<i>Catégorie d'invalidité</i>	Montant annuel en pourcentage du salaire annuel de référence
3 ^{ème} catégorie Sécurité sociale	78 %
2 ^{ème} catégorie Sécurité sociale	78 %
1 ^{ère} catégorie Sécurité sociale	48 %

Le montant de la prestation 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.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

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

« En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

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

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies à l'article 22, de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Article 52 - Garantie incapacité permanente professionnelle

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

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :
78 % du salaire de référence

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 %, il est versé à l'assuré une rente calculée selon la formule suivante :

$$\frac{R \times 3 N}{2}$$
 « N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle
« R » 78 % du salaire de référence servant de base au calcul des prestations.

Le montant de la prestation 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 par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

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

Article 53 - Point de départ du service des prestations

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

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

Article 54 - 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,
- au décès de l'assuré.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, le service de la rente d'invalidité prend fin à dater soit :

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

Article 55 - Conditions de règlement des prestations

54.1 Modalités de règlement des prestations

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

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu, 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.

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

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

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

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

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

ANNEXE 1 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

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

S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois			✓	✓	✓
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire				✓	

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

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 12 des conditions générales peuvent demander à bénéficier, à titre facultatif, à compter du 2^{ème} mois de suspension de leur contrat de travail non rémunéré, du maintien des capitaux décès/invalidité absolue et définitive et des garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

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

Condition de mise en œuvre

La demande de l'assuré doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire du souscripteur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

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

Durée et modalités du maintien des garanties

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

Le maintien des garanties décès cesse :

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

Prestations

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

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

Cotisations

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables supplémentaires au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé par l'assuré à l'organisme assureur ou selon les modalités définies par l'organisme assureur aux conditions particulières (CP) ou certificat d'adhésion (CA), pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

A défaut de paiement des cotisations, l'assuré ne pourra plus bénéficier du maintien facultatif des garanties.

ANNEXE 3 — DISPOSITIONS RELATIVES A LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Objet

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

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

Définitions

Signature électronique

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

Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent aux documents précontractuels pour lesquels une signature du futur souscripteur est requise, en amont de la souscription du contrat d'assurance.

Le choix de la signature électronique des documents de souscription peut être proposé par le conseiller avec qui le futur souscripteur est en relation directe, en tout ou partie, tout au long du processus de souscription (face à face, échanges téléphoniques, courriels ...).

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

Modalités de la signature électronique

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

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

Horodatage

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

Force probante du document signé électroniquement

Mutex, l'Ocirp et le souscripteur reconnaissent que tout document ayant fait l'objet d'une signature électronique :

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

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

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

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

Transmission par voie électronique

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

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

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

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

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

Assureurs des garanties de prévoyance :

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Siren
n° 321 862 500

Siège Social : 38, Rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

OCIRP

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris

