

CONDITIONS GENERALES PREVOYANCE 2022

SOMMAIRE

CONDITIONS GENERALES	4
DEFINITIONS.....	4
PREAMBULE	7
CHAPITRE 1 : GENERALITES	7
ARTICLE 1. OBJET	7
ARTICLE 2. MODALITES, EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET DENONCIATION DE L'ADHESION	7
ARTICLE 3. AFFILIATION DES SALARIES, MODALITES, PRISE D'EFFET, DUREE DE L'AFFILIATION	7
ARTICLE 4. INFORMATION DES SALARIES	8
ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	8
ARTICLE 6. MODIFICATION DES GARANTIES	9
ARTICLE 7. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION.....	9
CHAPITRE 2 : COTISATIONS	9
ARTICLE 8. MONTANT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 9. PAIEMENT DES COTISATIONS	10
9.1 MODALITES DE PAIEMENT	10
9.2 EXONERATIONS.....	10
9.3 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	10
CHAPITRE 3 : GARANTIES	11
SOUS CHAPITRE 1 : GARANTIE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ET GARANTIE INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	11
ARTICLE 10. INDEMNITES JOURNALIERES.....	11
ARTICLE 11. INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	11
ARTICLE 12. MONTANT ET ASSIETTE DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE – INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE.....	12
ARTICLE 13. REGLEMENT DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE – INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE.....	12
ARTICLE 14. CESSATION DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE.....	13
SOUS CHAPITRE 2 : GARANTIES EN CAS DE DECES	13
ARTICLE 15. GARANTIE DECES / INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE	13
ARTICLE 16. BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE DECES / INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE	13
16.1 En cas de décès	13
16.2 En cas d'invalidité totale et permanente	14
ARTICLE 17. GARANTIE DOUBLE EFFET	14
ARTICLE 18. OBSEQUES.....	15
ARTICLE 19. RENTE EDUCATION	15
19.1 Prestation de rente éducation.....	15
19.2 Bénéficiaires de la rente éducation	15
19.3 Mise en œuvre de la garantie	15
ARTICLE 20. RENTE DE CONJOINT	15
20.1 Prestation rente de conjoint	15
20.2 Bénéficiaires.....	15

20.3	Durée de la garantie	16
ARTICLE 21.	ASSIETTE DES PRESTATIONS GARANTIE DECES.....	16
SOUS CHAPITRE 3 : MODALITES RELATIVES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES		16
ARTICLE 22.	REGLEMENT DES PRESTATIONS	16
ARTICLE 23.	EXCLUSIONS	17
ARTICLE 24.	CONSEQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	18
24.1	Conséquences de la suspension non rémunérée du contrat de travail :.....	18
24.2	Conséquences de la suspension rémunérée du contrat de travail :.....	18
ARTICLE 25.	CESSATION DES GARANTIES.....	18
ARTICLE 26.	RECLAMATIONS ET MEDIATION.....	19
26.1	Réclamations.....	19
26.2	Médiation.....	19
ARTICLE 27.	PRESCRIPTION.....	19
ARTICLE 28.	SUBROGATION	20
ARTICLE 29.	CONTROLE MEDICAL	20
ARTICLE 30.	FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	20
ARTICLE 31.	ELECTION DE DOMICILE	20
ARTICLE 32.	PORTABILITE	21
32.1	Conditions du maintien de garanties	21
32.2	Prise d'effet et durée du maintien.....	21
32.3	Cessation du dispositif de portabilité	21
32.4	Financement de la portabilité.....	21
ARTICLE 33.	MAINTIEN DES GARANTIES	22
33.1	Maintien des prestations en cours en cas de résiliation du contrat.....	22
33.2	Maintien des garanties décès/invalidité totale et permanente en cas d'incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente	22
ARTICLE 34.	REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	22
ARTICLE 35.	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	22
ARTICLE 36.	COMPTES ANNUELS	23
ARTICLE 37.	PREVENTION	23

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

Toute définition est susceptible de modifications dans les conditions particulières.

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

N'est pas considérée comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Ainsi, ne sont pas considérés comme accident les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales et tout accident vasculaire cérébral, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Accident du travail

Accident survenu à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour le Souscripteur, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail et reconnu en tant que tel par le Régime Obligatoire.

Avant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef du membre participant sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge).

Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne (ayant-droit et/ou personne désignée à l'adhésion) qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations prévues au contrat qui lie le membre participant à la mutuelle.

Capacité juridique

Aptitude à avoir des droits et des obligations et à les exercer soi-même (exemple : capacité d'agir en justice, de conclure un contrat...). Les mineurs (hors mineurs émancipés) ne disposent pas de la capacité d'exercice. Il en est de même pour les majeurs qui bénéficient d'un régime de protection juridique.

Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) du membre participant non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif ou non séparé de fait.

Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec le membre participant. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au-moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au-moins est né de la vie commune.

DSN

Déclaration Sociale Nominative instaurée par l'article 35 de la loi Warsmann du 23 mars 2012

Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants du membre participant ou les enfants qu'il a recueillis pour lesquels il assume la charge fiscale effective sous réserve que ces enfants soient :

- ↳ âgés de moins de 18 ans ;
- ↳ âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études apprentissage y compris (le certificat de scolarité ou le contrat d'apprentissage, ou de professionnalisation, devra être produit) ;
- ↳ devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé (sur justificatifs) ;

L'enfant du membre participant né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier sera considéré comme enfant à charge sous réserve de remplir les conditions précitées.

Fait générateur

Événement qui fait naître le droit à une Prestation au profit du membre participant ou du Bénéficiaire.

Incapacité temporaire totale de travail (ITT)

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail le membre participant qui, suite à une maladie ou à un accident, se trouve temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale -soit au titre de l'Assurance Maladie - soit au titre de l'Assurance des Accidents de Travail ou des Maladies Professionnelles.

Invalidité 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie

Les invalides sont classés comme suit par la Sécurité sociale :

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

Invalidité absolue et définitive

Est considéré comme atteint d'invalidité absolue et définitive, tout membre participant qui est définitivement incapable de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et est reconnu par la Sécurité sociale comme étant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (membre participant classé par la Sécurité sociale « invalide 3^e catégorie » ou reconnu atteint d'un taux d'incapacité permanente égal à 100% en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec majoration de la rente incapacité pour assistance viagère d'une tierce personne).

Est également considéré comme atteint d'invalidité absolue et définitive, tout membre participant dont, suite à une maladie ou un accident constaté par un médecin, la capacité de travail ou de gain est réduite définitivement. Le Membre Participant doit en outre être reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité, telle que définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

Membre participant

Est désigné membre participant, le salarié ou ancien salarié du souscripteur inscrit au registre du personnel, affilié à un régime obligatoire français et relevant d'une catégorie de personnel définie au présent contrat.

Synonyme : adhérent.

Mutuelle

Mutuelle avec laquelle le Souscripteur signe le contrat collectif, à l'exclusion de l'organisme diffuseur.

Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité.

Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants du membre participant, effectivement à la charge du membre participant au sens fiscal, le conjoint du membre participant n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.

Plafond Annuel ou Mensuel de la Sécurité sociale (PASS - PMSS)

Plafond calculé annuellement /mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Indemnités journalières en complément

Indemnités journalières s'ajoutant, dans la limite du salaire de référence, aux indemnités journalières perçues au titre de l'obligation, légale ou conventionnelle, de maintien de salaire de l'employeur. La Mutuelle intervient ainsi pendant la période de maintien de salaire de l'employeur.

Ainsi, le salarié en arrêt de travail perçoit pour la même période :

- ↳ ses indemnités journalières de sécurité sociale,
- ↳ une indemnisation au titre de l'obligation légale ou conventionnelle de branche de maintien de salaire de l'employeur,
- ↳ la garantie indemnités journalières de la Mutuelle.

Indemnités journalières en relais

Indemnités journalières versées à l'issue de la période de maintien de salaire, légale ou conventionnelle, de l'employeur.

La Mutuelle intervient ainsi à partir de la fin de la période d'incapacité de travail couverte par l'employeur au titre de son obligation légale ou conventionnelle de maintien de salaire.

Ainsi, le salarié en arrêt de travail perçoit :

- ↳ ses indemnités journalières de sécurité sociale,
- ↳ la garantie indemnités journalières de la Mutuelle.

Rechute

La rechute s'entend par l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, ceci étant justifié par un certificat médical.

Régime Obligatoire

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local.

Rente de conjoint temporaire

Rente versée par la Mutuelle au conjoint survivant, partenaire ou concubin jusqu'à ce qu'il atteigne un âge déterminé.

Rente de conjoint viagère

Rente versée par l'assureur au conjoint survivant, partenaire ou concubin jusqu'à son décès.

Rente éducation

Rente versée au profit des enfants à charge tels que définis par les conditions générales et particulières, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant.

Salarié

Est désigné comme salarié toute personne liée au Souscripteur par un contrat de travail.

Salaire de référence

Salaire retenu pour le calcul des Prestations correspondant à la rémunération brute annuelle de chaque membre participant, déclarée à l'URSSAF (telle qu'elle est déterminée par l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale) par le Souscripteur, et évaluée selon les modalités définies aux conditions générales et, le cas échéant, aux conditions particulières.

Les indemnités de toute nature, versées à l'occasion ou au titre de la fin du contrat de travail, sont exclues du salaire de référence.

Souscripteur

Personne morale - entreprise, association ou toute autre organisation professionnelle - qui souscrit le contrat collectif.

PREAMBULE

Le présent contrat détermine les règles applicables pour sa mise en œuvre et son application.

Il est composé :

- ↳ D'une part, des conditions générales qui exposent l'intégralité des garanties proposées au Souscripteur en vue de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire ainsi que des dispositions s'y appliquant,
- ↳ Et d'autre part, des conditions particulières venant viser les garanties retenues par le présent contrat et préciser leurs conditions d'application (date d'effet, caractéristiques du groupe assuré, cotisations...)

Les conditions générales et les conditions particulières forment un tout indissociable ci-après dénommé le contrat. En cas de discordance, les conditions particulières l'emportent sur les conditions générales.

CHAPITRE 1 : GENERALITES

ARTICLE 1. OBJET

Les dispositions du présent contrat mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties dans un cadre collectif au profit des salariés des entreprises, associations ou organismes professionnels souscripteurs relevant des catégories aux conditions particulières.

Dans le cadre du présent contrat, la Mutuelle propose des garanties contre les risques incapacité, invalidité et décès.

Le présent contrat de prévoyance est soumis aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Les conditions du contrat mises en œuvre par le Souscripteur auprès de la Mutuelle sont celles d'un contrat Collectif Obligatoire pris en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale du Souscripteur en application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties retenues par le Souscripteur sont visées et précisées aux conditions particulières.

ARTICLE 2. MODALITES, EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET DENONCIATION DE L'ADHESION

Le contrat collectif prend effet à la date prévue dans les conditions particulières, sous réserve qu'il ait été retourné, signé et accompagné des pièces justificatives (dossier de souscription) dans un délai de 6 semaines suivant sa réception par le Souscripteur. A défaut, il sera considéré comme nul et non avenu et ne pourra ainsi produire aucun effet juridique.

La durée de l'adhésion est librement déterminée par les parties.

À défaut de mention contraire aux conditions particulières, le contrat est souscrit à l'origine pour la période comprise entre la date de prise d'effet et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier, sauf dénonciation par la mutuelle ou le Souscripteur.

En vertu des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, la Mutuelle ou le Souscripteur peuvent dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre recommandée par courrier avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique, en respectant un préavis de 2 mois précédant la date de renouvellement (soit avant le 31 octobre), le cachet de la poste ou la preuve de dépôt faisant foi.

ARTICLE 3. AFFILIATION DES SALARIES, MODALITES, PRISE D'EFFET, DUREE DE L'AFFILIATION

Groupe affilié

Le contrat collectif revêt un caractère obligatoire en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Adhère donc au contrat l'ensemble des salariés présents et futurs, appartenant à la catégorie visée à l'article 1er des conditions particulières, sauf cas de dispenses dans les conditions prévues par la loi et l'acte de mise en place de l'entreprise. Dans ce cas, les salariés remettent au Souscripteur leur demande de dispense d'affiliation. L'employeur est tenu de les conserver et doit être en mesure de les produire à tout moment.

Date d'effet de l'affiliation

Sous réserve du respect des modalités précitées, l'affiliation prend effet :

- ↳ à la date prévue aux conditions particulières si le salarié appartient à la catégorie visée à cette date ;
- ↳ à défaut dès la date d'entrée dans la catégorie visée.

ARTICLE 4. INFORMATION DES SALARIES

Les statuts de la Mutuelle sont consultables sur le site Internet de la Mutuelle www.mgprev.fr.

Le Souscripteur est tenu de remettre à chaque membre participant une notice qui définit la garantie souscrite par le contrat collectif ou le bulletin d'adhésion, ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La notice précise la date d'entrée au contrat, le caractère obligatoire du contrat et la population visée, mais également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice aux membres participants et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif, incombe au Souscripteur qui est tenu de la conserver.

ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'oblige, lors de la signature du contrat, à fournir à la Mutuelle la liste de tous les membres du groupe à garantir et à transmettre, en cours de contrat, les mises à jour concernant les radiations et les adhésions et toute pièce justifiant la composition du groupe assuré.

A cet effet, pour la transmission de l'ensemble des informations utiles à l'application du présent contrat :

- ↳ le souscripteur recourt à la DSN ;
- ↳ la mutuelle pourra également fournir un service de nature exclusivement électronique, un espace personnel sécurisé sur Internet ou tout support durable autre que le papier, en application et dans les conditions prévues aux articles L.221-6-4 à L.221-6-7 du Code de la mutualité.

Le Souscripteur devra également fournir un état déclaratif des risques en cours. Ainsi, les salariés et anciens salariés, appartenant à la catégorie visée aux conditions particulières, en arrêt de travail ou en invalidité ou incapacité permanente doivent être déclarés à la Mutuelle.

Le cas échéant, le Souscripteur devra fournir les garanties et conditions d'application du ou des précédents contrats collectifs prévoyance.

Les conditions tarifaires du contrat seront déterminées suite à l'analyse de la reprise de ces risques antérieurs. Les sinistres antérieurs à la date d'effet du Contrat, non déclarées par le Souscripteur, et pour lesquels la Mutuelle se verrait dans l'obligation de régler une prestation, feront l'objet d'un avenant au contrat afin de préciser les modalités de financement de la couverture accordée par la Mutuelle.

En cas de redressement ou liquidation judiciaire, le Souscripteur tiendra informé la Mutuelle dès le dépôt de sa déclaration de cessation des paiements au greffe du Tribunal compétent.

ARTICLE 6. MODIFICATION DES GARANTIES

Les garanties peuvent être modifiées à la demande du Souscripteur ou de la mutuelle sur la base des niveaux de garanties proposés au sein du contrat souscrit par le Souscripteur.

Si sur certaines garanties, plusieurs options sont possibles (en ce cas elles sont indiquées aux conditions particulières), toute demande de changement d'option ne peut être prise en compte qu'à partir du 1er janvier suivant la date de la demande et sous réserve que la demande ait été formulée avant le 1er octobre de l'année précédente.

La Mutuelle se réserve toutefois le droit de solliciter la modification des garanties en cours d'année, en cas de modification législative ou réglementaire, ou issue des dispositions conventionnelles applicables au Souscripteur, ou en cas d'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale et de la modification de ses bases de remboursements.

Le Souscripteur est informé de toute modification du Contrat pour l'un des motifs précités. Un avenant est proposé.

Ainsi :

- ↳ en cas de refus de cette modification, le Souscripteur peut dénoncer le contrat par l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avenant. Le Contrat sera alors résilié le 1er jour du mois suivant la notification du refus par le Souscripteur ;
- ↳ en cas d'acceptation ou d'absence de réponse de la part de le Souscripteur avant la date d'effet des modifications mentionnées dans l'avenant, le changement de taux ou éventuellement des Garanties, est applicable de plein droit à la date prévue.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

ARTICLE 7. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

ARTICLE 8. MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées en fonction soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au plafond entier de la Sécurité Sociale, au salaire brut annuel déclaré par le Souscripteur à l'URSSAF, à une ou plusieurs tranches de ce salaire calculées en multiple du plafond annuel de la Sécurité Sociale, ou à toute autre base définie dans les conditions particulières.

Les cotisations sont déterminées compte tenu des dispositions en vigueur des régimes obligatoires.

Si ces dispositions venaient à être modifiées en cours d'année, ou en cas de toute évolution de la réglementation sociale ou fiscale, la Mutuelle procèderait automatiquement et sans délai à une révision des cotisations après avoir informé la personne morale souscriptrice de ses modalités (augmentation, date d'effet et incidences du refus éventuel).

Un avenant sera adressé au Souscripteur. Puis :

- ↳ en cas de refus de cette modification, le Souscripteur peut dénoncer le contrat par l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avenant. Le Contrat sera alors résilié le 1er jour du mois suivant la notification du refus par le Souscripteur ;

- ↳ en cas d'acceptation ou d'absence de réponse de la part du Souscripteur avant la date d'effet des modifications mentionnées dans l'avenant, le changement de taux ou éventuellement des Garanties, est applicable de plein droit à la date prévue.

ARTICLE 9. PAIEMENT DES COTISATIONS

9.1 MODALITES DE PAIEMENT

Sauf dispositions contraires, les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Souscripteur.

Chacun des paiements est fonction :

- ↳ du nombre de membres participants : pour la personne nouvellement inscrite, la cotisation est due à compter du début du mois d'entrée dans le Groupe en cas de cotisation forfaitaire ou au prorata du temps de présence dans les autres cas ; pour la personne radiée, la cotisation est due jusqu'à la fin du mois où elle cesse d'appartenir au Groupe.
- ↳ de l'assiette ou des assiettes servant de base de calcul de la cotisation pour la période concernée.

L'ensemble de ces informations seront transmises à la Mutuelle via la Déclaration Sociale Nominative, à défaut, via le service de nature exclusivement électronique, l'espace personnel sécurisé sur Internet, s'il a été mis en place par la mutuelle, ou à défaut, via tout support durable autre que le papier dans les conditions prévues aux articles L.221-6-4 à L.221-6-7 du Code de la mutualité, ou à défaut, par déclaration libre du souscripteur.

Le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations.

Le Souscripteur est débiteur de l'ensemble de cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation, et ce quelle qu'en soit la cause, y compris la part salariale éventuelle.

9.2 EXONERATIONS

Lorsque le membre participant bénéficie des prestations prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité telles qu'elles résultent du présent contrat, le Souscripteur et le membre participant sont exonérés du paiement des cotisations dès l'intervention de la Mutuelle.

Lorsque le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire de la Mutuelle, les cotisations patronales et salariales finançant le présent contrat restent dues sur la base du salaire réduit.

9.3 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle met en demeure le Souscripteur, par lettre recommandée, avec accusé de réception de régler les cotisations à payer.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la mise en demeure.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle peut enfin décider de résilier le contrat collectif quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Passé le délai de quarante jours, précité, la Mutuelle peut mettre en œuvre toute procédure contentieuse pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par le Souscripteur.

CHAPITRE 3 : GARANTIES

Ce chapitre présente l'ensemble des garanties proposées par la Mutuelle.
Les seules garanties applicables au présent contrat sont celles reprises aux conditions particulières.

SOUS CHAPITRE 1 : GARANTIE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL ET GARANTIE INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

ARTICLE 10. INDEMNITES JOURNALIERES

Le contrat a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants momentanément dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

Le membre participant est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement de reprendre son travail ou d'exercer une activité professionnelle et s'il bénéficie du versement des indemnités journalières de Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie ou de la réglementation sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles.

En cours de contrat, les cas de rechute sont pris en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à condition que la rechute survienne dans les 90 jours au plus après la reprise du travail et que l'incapacité temporaire de travail provoquée par la rechute soit éligible aux prestations des présentes conditions générales.

L'indemnisation d'une rechute dans ces conditions débute alors sans délai de franchise.

ARTICLE 11. INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Le contrat collectif a pour objet de faire bénéficier les membres participants d'une rente en cas d'invalidité ou d'une pension aux salariés :

- ↳ qui sont reconnus en 1^{ère}, 2^e et 3^e catégorie d'invalidité au sens du code de la Sécurité Sociale ;
- ↳ ou qui justifient d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Sont considérés comme bénéficiaires au titre de l'invalidité, les membres participants bénéficiaires du contrat collectif qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée, d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, et qui perçoivent une rente ou une pension servie par un régime de Sécurité Sociale (articles L.341.1 et L.434.15 du Code de la Sécurité Sociale). Dans ce dernier cas, leur incapacité reconnue doit être égale à 33 % au-moins ou être classée en 1^{ère} catégorie.

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé en fonction des catégories ci-dessus et des conditions particulières du contrat.

Sont considérés comme bénéficiaires au titre de l'incapacité partielle, les membres participants dont l'incapacité est comprise entre 33 % et 66 %, qui résulte d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, indemnisée comme telle par la Sécurité Sociale, sauf contrôle médical contraire.

Le montant de la rente d'incapacité partielle est calculé selon la formule :

$$\frac{R \times 3N}{2}$$

(R = montant de la rente à taux plein ; N = taux d'incapacité tel que défini par la sécurité sociale).

Les rentes d'invalidité sont servies, à condition d'être accordées par le régime général de la sécurité sociale, dès la notification de mise en invalidité ou de l'incapacité par le régime de la Sécurité Sociale, et ce jusqu'au premier jour du mois suivant le versement de la pension vieillesse, sauf contrôle médical contraire, ou jusqu'au jour du décès du membre participant.

La rente est suspendue à dater du jour où le membre participant exerce une quelconque activité professionnelle. Elle est également suspendue à dater du jour où le versement de la pension qu'il perçoit de la Sécurité Sociale est suspendu, ou lorsque le membre participant n'est plus reconnu comme étant en invalidité ou incapacité par le régime obligatoire ou à la suite d'un contrôle médical.

ARTICLE 12. MONTANT ET ASSIETTE DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE – INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Les prestations sont définies au moment de l'adhésion dans les conditions particulières.

Lorsque le présent contrat fait référence aux prestations de Sécurité Sociale, il faut entendre les prestations versées par la Sécurité Sociale avant prélèvements sociaux obligatoires tels que la CSG et la CRDS.

Suivant la législation applicable aux assurances collectives, les prestations versées peuvent être soumises à charges sociales.

En aucun cas, les prestations versées en application du contrat collectif ne pourront, en s'ajoutant :

- ↳ aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par le(les) régime(s) obligatoire(s) ;
- ↳ ou à toute rémunération d'une activité à temps partiel ou prestation de l'assurance chômage ;
- ↳ permettre au membre participant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.

La rémunération de référence est constituée par la rémunération brute des 12 mois précédant l'arrêt de travail du membre participant, ayant servi de base au calcul des cotisations prévoyance. En cas d'arrêt médicalement justifié du membre participant au cours de cette même période, le salaire annuel brut est reconstitué. Pour les salariés n'ayant pas 12 mois de présence au sein de l'entreprise ou autre personne morale souscriptrice, le salaire annuel brut est reconstitué.

ARTICLE 13. REGLEMENT DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE – INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Les demandes d'indemnités journalières ou de rente doivent être effectuées par l'employeur, dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations. A défaut, la mutuelle sera en droit d'appeler en responsabilité le Souscripteur qui lui versera l'indemnisation correspondant au préjudice subi (estimation biaisée du risque, mauvais calcul des augmentations de cotisations, etc.)

Les justificatifs à produire seront :

- ↳ le décompte des prestations et/ou la notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente émanant du régime obligatoire ;
- ↳ une demande d'indemnités journalières signée par un représentant du Souscripteur ;
- ↳ les fiches de salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou tout autre justificatif de rémunération demandé par la Mutuelle.

Le service des indemnités journalières est payable par la Mutuelle à terme échu tant que la Sécurité Sociale verse des indemnités journalières, sauf contrôle médical prévu au présent contrat ayant conclu à l'absence d'incapacité.

Le membre participant autorisé à reprendre une activité partielle, continuera à percevoir :

- ↳ soit une indemnité journalière réduite dans la proportion du temps de reprise de travail, sauf contrôle médical contraire ;
- ↳ soit une rente d'invalidité réduite afin que le cumul du salaire, de la rente versée par le régime obligatoire et de la rente versée par la Mutuelle n'excède pas le salaire de référence net.

Le montant de l'indemnité ou de la rente à charge de la Mutuelle est défini aux conditions particulières.

ARTICLE 14. CESSATION DES PRESTATIONS INDEMNITES JOURNALIERES – INCAPACITE INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

La Mutuelle cesse le paiement des prestations :

- ↪ à la date à laquelle le régime obligatoire cesse le versement des indemnités journalières, des pensions ou rentes ;
- ↪ à la date à laquelle le contrôle médical diligenté par la mutuelle aboutit à l'arrêt des prestations ;
- ↪ en cas de refus du contrôle médical ;
- ↪ à la date à laquelle le membre participant entre en jouissance d'une pension vieillesse et en tout état de cause à l'âge auquel le salarié peut prétendre à une retraite à taux plein ;
- ↪ Dans le cas du versement d'indemnités journalières uniquement, à la date à laquelle il y a reconnaissance par le régime obligatoire d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente partielle ou totale ;
- ↪ En cas de reprise d'activité totale ;
- ↪ En cas de décès.

SOUS CHAPITRE 2 : GARANTIES EN CAS DE DECES

Les prestations dues par la M.G.P. en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente sont limitées par adhérent à 1 650 000 €. Dans ce plafond, entrent en ligne de compte les capitaux garantis et les capitaux constitutifs des rentes à servir.

ARTICLE 15. GARANTIE DECES / INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE

- ↪ Un capital décès est versé à un ou plusieurs bénéficiaires désignés par le membre participant en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente.

Dans le cadre d'un capital décès à option (exemple : option 1 capital seul – option 2 capital minoré + rente éducation), le choix de l'option s'effectue par le salarié au moyen du document fourni par la Mutuelle à cet effet :

- à la date de mise en place du présent régime,
- à la date d'affiliation pour les embauches ultérieures ou les promotions.

Si aucun choix n'a été fait, c'est l'option 1 qui est réputée choisie.

Le capital ne sera pas versé en cas de décès s'il a déjà été versé en cas d'invalidité permanente et totale.

- ↪ L'invalidité totale et permanente est assimilée au décès si l'état du membre participant l'empêche définitivement de se livrer à quelque activité que ce soit pouvant lui procurer gain ou profit et donne lieu à une reconnaissance, par la Sécurité Sociale, d'une invalidité de 3e catégorie ou au versement d'une rente d'incapacité permanente totale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle égale à 100 %, avec le bénéfice de l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et qu'elle se produise avant la mise en retraite du membre participant.

ARTICLE 16. BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE DECES / INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE

16.1 En cas de décès

Désignation du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès

Le membre participant détermine le(les) bénéficiaire(s) du capital.

Il peut choisir l'une des clauses bénéficiaires standard proposées ou établir un ordre des bénéficiaires correspondant à sa situation.

La clause bénéficiaire peut être rédigée :

- ↪ dans le formulaire de désignation fournie par la Mutuelle, ou ;
- ↪ par acte sous seing privé, ou ;
- ↪ par acte authentique et déposé chez un notaire ou par acte d'avocat. Dans ces cas le membre participant doit en informer la mutuelle afin que cette clause puisse être prise en compte lors du décès du membre participant.

Dans la mesure où le (les) bénéficiaire(s) n'a (ont) pas accepté le bénéfice du capital, le membre participant peut à tout moment modifier, par avenant à son adhésion, le(s) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès. Afin de faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) au moment du décès du membre participant, il est recommandé de préciser à la mutuelle leurs coordonnées (par exemple : nom, prénoms, adresse, date et lieu de naissance).

Acceptation du bénéficiaire

Au terme d'un délai de renonciation de 30 jours, l'acceptation du bénéfice à titre gratuit s'effectue par écrit selon les modalités décrites à l'article L 223-11 du code de la mutualité :

- ↳ soit par un avenant signé par le membre participant, le bénéficiaire concerné et la mutuelle,
- ↳ soit par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire ; dans ce cas, celui-ci doit être notifié à la mutuelle par écrit.

En cas d'acceptation de la clause par le bénéficiaire, le membre participant doit obtenir le consentement du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) pour modifier le libellé de la clause bénéficiaire.

A défaut de désignation expresse, le capital décès est versé en priorité :

- ↳ au conjoint non séparé de droit ou de fait,
- ↳ au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

A défaut par ordre prioritaire d'existence :

- ↳ aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par parts égales ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
- ↳ aux père et mère de l'adhérent, par parts égales,
- ↳ aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

Le capital décès peut être majoré en cas de décès par accident. Dans ce cas, la preuve de la relation directe entre l'accident et le décès doit être apportée à la Mutuelle.

Le capital peut être déterminé en tenant compte, s'il y a lieu, de la situation et des charges de famille du membre participant au jour de son décès, sous réserve qu'elles soient nettement établies et dûment justifiées.

Le cas échéant, les majorations familiales sont versées au profit de la personne au titre de laquelle elles sont accordées.

16.2 En cas d'invalidité totale et permanente

Dans une telle hypothèse, le bénéficiaire du capital n'est autre que le membre participant lui-même. Le versement de ce capital libère définitivement la mutuelle de son obligation en cas de décès ultérieur du membre participant.

ARTICLE 17. GARANTIE DOUBLE EFFET

Cette garantie a pour but d'accorder aux enfants à charge un autre capital lors du décès du conjoint du membre participant précédemment décédé, dans les conditions suivantes :

- ↳ La garantie expire au 62^e anniversaire du conjoint du membre participant.
- ↳ Le conjoint doit avoir au moins un enfant fiscalement à charge à la date de l'évènement.
- ↳ Le montant de la garantie est défini aux conditions particulières.
- ↳ Le capital décès est versé par parts égales entre les enfants à charge du conjoint, qui étaient initialement à la charge du membre participant au jour de son décès, directement à ceux-ci dès leur majorité ; à leurs représentants légaux reconnus comme tels durant leur minorité.

Cette garantie s'applique uniquement en cas de décès simultané du conjoint, en cas d'accident.

Est considéré comme simultané, le décès du membre participant et de son conjoint survenant au cours d'un même événement, ou dans les 24 heures qui suivent l'accident au cours duquel le membre participant est décédé.

ARTICLE 18. OBSEQUES

Le contrat collectif a pour objet de faire bénéficier les membres participants, d'une indemnité au titre d'une avance sur frais d'obsèques plafonnées au montant fixé aux conditions particulières et en tout état de cause dans la limite des dépenses réelles supportées.

Les ayants-droit âgés de moins de 67 ans peuvent également être couverts par la garantie si les conditions particulières le prévoient.

ARTICLE 19. RENTE EDUCATION

19.1 Prestation de rente éducation

Le contrat collectif a pour objet de faire bénéficier, en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente d'un membre participant, d'une rente éducation, dont le montant est indiqué aux conditions particulières, chaque enfant restant à charge à la date du décès ou de la reconnaissance de l'état d'invalidité totale et permanente.

19.2 Bénéficiaires de la rente éducation

Les bénéficiaires de la rente éducation sont les enfants à charge du membre participant, à la date du fait générateur de la garantie.

19.3 Mise en œuvre de la garantie

Les rentes seront servies à compter du décès ou de la constatation de l'invalidité totale et permanente du membre participant. Le paiement de la rente cessera lors décès du bénéficiaire ou :

↳ à son 18^e anniversaire ;

↳ à son 26^e anniversaire s'il poursuit des études (y compris en apprentissage).

Les rentes seront versées au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire lui-même s'il jouit de la capacité juridique.

ARTICLE 20. RENTE DE CONJOINT

20.1 Prestation rente de conjoint

En cas de décès d'un membre participant avant l'âge de la liquidation de la pension retraite, il sera servi une rente au conjoint survivant. La rente de conjoint survivant sera définie selon les conditions reprises dans les conditions particulières.

Les rentes peuvent également être versées en cas d'invalidité totale et permanente du membre participant.

Les montants annuels sont définis aux conditions particulières.

20.2 Bénéficiaires

Rente viagère

Les bénéficiaires de la rente viagère de conjoint sont le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par le PACS à la date du décès.

Rente temporaire

Les bénéficiaires de la rente temporaire de conjoint sont le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par le PACS à la date du décès, âgé de moins de 55 ans et à condition qu'il ne puisse pas bénéficier immédiatement au décès du membre participant de la pension de réversion du ou des régimes de retraites complémentaires de l'AGIRC ou de l'ARRCO.

Les droits à réversion du partenaire ou du concubin sont appréciés par la Mutuelle comme si le partenaire ou le concubin avait été marié avec le membre participant décédé.

La qualité de conjoint, concubin ou partenaire est appréciée au regard des conditions déterminées au sommaire du présent contrat.

20.3 Durée de la garantie

Le premier versement intervient à la réception des justificatifs.
Les rentes sont ensuite versées trimestriellement.

Rente viagère

La rente viagère cesse d'être versée :

- ↳ au dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire ;
- ↳ au premier jour du trimestre qui suit la date du mariage, remariage, la conclusion d'un PACS ou le début du concubinage du bénéficiaire.

Rente temporaire

La rente temporaire cesse d'être versée :

- ↳ au dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire ;
- ↳ au premier jour du trimestre qui suit la date du mariage, remariage, la conclusion d'un PACS ou le début du concubinage du bénéficiaire.
- ↳ au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire obtient ou ouvre droit à la pension de réversion ARRCO ou AGIRC
- ↳ au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire aurait ouvert droit à la pension de réversion ARRCO ou AGIRC si le membre participant avait été marié avec le bénéficiaire.

ARTICLE 21. ASSIETTE DES PRESTATIONS GARANTIE DECES

Les prestations sont définies au moment de l'adhésion dans les conditions particulières.

La rémunération de base est constituée par la rémunération brute des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès du membre participant. En cas d'arrêt médicalement justifié du membre participant au cours de cette même période, le salaire annuel brut est reconstitué. Pour les salariés membres participants n'ayant pas 12 mois de présence au sein de l'entreprise ou personne morale souscriptrice, le salaire annuel brut est reconstitué.

Les prestations sont définies au moment de l'adhésion dans les conditions particulières.

La rémunération de base est constituée par la rémunération brute des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès du membre participant, ayant servi de base au calcul des cotisations prévoyance. En cas d'arrêt médicalement justifié du membre participant au cours de cette même période, le salaire annuel brut est reconstitué. Pour les salariés membres participants n'ayant pas 12 mois de présence au sein de l'entreprise ou personne morale souscriptrice, le salaire annuel brut est reconstitué.

SOUS CHAPITRE 3 : MODALITES RELATIVES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

ARTICLE 22. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Décès

Les capitaux seront versés sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- ↳ demande de capital décès, signée par un représentant du Souscripteur ;
- ↳ un bulletin de décès ;
- ↳ un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de celui-ci ;
- ↳ une copie certifiée conforme du livret de famille ;
- ↳ toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la mutuelle.

Les prestations sont payables à réception des justificatifs dans un délai de dix jours ouvrables.

Le montant du capital décès à charge de la mutuelle figure aux conditions particulières.

En cas d'accident

- ↳ justificatif de la relation directe entre l'accident et le décès (notification émanant de la Sécurité Sociale ou d'un rapport de police écrit ou certificat médical).

Invalidité totale et permanente

- ✎ demande de capital invalidité, signée par un représentant du Souscripteur ;
- ✎ le titre de pension ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne ;
- ✎ toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la mutuelle.

Obsèques

Les frais d'obsèques seront remboursés sur présentation des pièces et justificatifs suivants :

- ✎ une demande de remboursement signée par la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques ;
- ✎ le bulletin de décès et les justificatifs attestant du paiement des frais d'obsèques.

Rentes éducation

Les rentes éducation seront versées sur production des justificatifs et pièces suivantes :

Rente éducation en cas de décès

- ✎ demande de capital décès, signée par un représentant du Souscripteur ;
- ✎ un bulletin décès ;
- ✎ un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de celui-ci ;
- ✎ un justificatif de lien de parenté ;
- ✎ un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ;
- ✎ toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la mutuelle.

Rente éducation en cas d'invalidité totale et permanente

- ✎ demande de capital invalidité signée par un représentant du Souscripteur ;
- ✎ le titre de pension ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne ;
- ✎ un justificatif de lien de parenté ;
- ✎ un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ;
- ✎ toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la mutuelle.

Rentes de conjoint

- ✎ Les rentes de conjoint seront versées sur production des justificatifs et pièces suivantes :
- ✎ une demande de capital décès, signée par un représentant du Souscripteur ;
- ✎ un bulletin décès ;
- ✎ un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de celui-ci ;
- ✎ un justificatif de lien de parenté ;
- ✎ les pièces justificatives de la qualité des bénéficiaires ;
- ✎ toute autre pièce justificative demandée éventuellement par la mutuelle.

Ces rentes seront versées trimestriellement par la mutuelle et à terme échu.

ARTICLE 23. EXCLUSIONS

Sont exclues de l'ensemble des Garanties les conséquences issues :

- ✎ **du suicide survenu au cours de la première année d'affiliation du membre participant. Cependant, la Garantie est accordée si l'affiliation fait suite à un régime de prévoyance de même nature et sous réserve que le cumul des périodes de garantie soit au moins égal à un an,**
- ✎ **des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;**
- ✎ **des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation ou la désagrégation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;**
- ✎ **de la pratique de tous sports à titre professionnel (aériens, automobiles, motocyclistes, motonautiques...), des conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime ;**
- ✎ **Par ailleurs, les conséquences d'Accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où :**
- ✎ **l'aéronef utilisé est muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,**
- ✎ **les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires**

En cas de majoration du capital décès en cas d'accident ou d'accident de la circulation, la majoration du capital décès en cas d'accident ou d'accident de la circulation n'est pas garantie :

- ↗ **en cas d'actes effectués sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route,**
- ↗ **en cas d'actes effectués sous l'emprise de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,**
- ↗ **en cas de conduite sans permis.**

ARTICLE 24. CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

24.1 Conséquences de la suspension non rémunérée du contrat de travail :

La garantie du membre participant est suspendue de plein droit dans les cas suivants de suspension du contrat de travail non rémunéré, si elle est supérieure à un mois :

- ↗ congé sabbatique visé aux articles L.3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- ↗ congé pour création d'entreprise visé aux articles L3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ↗ congé parental d'éducation visé aux articles L1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- ↗ périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- ↗ congé sans solde ;
- ↗ congé de formation-;
- ↗ tout autre congé autorisé en application du Code du Travail et non rémunéré.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par le membre participant.

24.2 Conséquences de la suspension rémunérée du contrat de travail :

L'adhésion des salariés et le cas échéant de leurs ayants-droit est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail (notamment les suspensions liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée) s'ils bénéficient, pendant cette période :

- ↗ - soit d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- ↗ - soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers,
- ↗ - soit, d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Les cotisations demeurent dues dans les conditions fixées par l'acte du droit du travail en cours de validité.

ARTICLE 25. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent et l'affiliation du membre participant prend fin :

- ↗ à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif (sauf maintien des garanties dans les cas prévus au contrat aux articles 34 et 35 ;
- ↗ à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières ;
- ↗ en cas de suspension du contrat de travail (sans maintien total ou partiel de salaire y compris participation du Régime Obligatoire) et uniquement pour cette période ;
- ↗ le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf en cas de cumul emploi retraite ;
- ↗ à la date de résiliation du contrat collectif ;
- ↗ en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 9.3 des présentes Conditions générales.

Les garanties et l'affiliation sont suspendues à la date d'effet de la suspension de la souscription du souscripteur.

ARTICLE 26. RECLAMATIONS ET MEDIATION

26.1 Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'affiliation et contrat, l'affilié ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance
Service réclamations
39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai des 10 jours ouvrables. Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

26.2 Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance
Monsieur le médiateur
39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Dès réception des documents sur lesquels est fondée la demande, le médiateur notifie aux parties par voie électronique ou par courrier simple sa saisine. Le médiateur a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai maximum de 90 jours suivant réception du dossier. Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

ARTICLE 27. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle à pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

ARTICLE 28. SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à l'un des ayants-droit ou bénéficiaire dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce pour toutes les prestations versées au titre d'une réparation indemnitaire totale ou partielle versées par la Mutuelle au Membre participant ou à ses bénéficiaires.

ARTICLE 29. CONTROLE MEDICAL

La Mutuelle se réserve la faculté de faire examiner le membre participant par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties ou de leur reconduction.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin du membre participant, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de la Mutuelle dès lors que la contestation de la Mutuelle n'est pas entièrement admise par l'expertise, ils sont à la charge du membre participant dans le cas contraire.

Si le membre participant se refuse à un contrôle ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, le droit aux prestations est suspendu après envoi par la Mutuelle, par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

Si par principe, la Mutuelle intervient en complément des prestations de la Sécurité Sociale, elle n'est pas tenue par la qualification de l'incapacité, de l'invalidité donnée par cette dernière, si le contrôle médical diligenté par ses soins conclut à la capacité du membre participant de reprendre le travail, à une invalidité de catégorie différente ou à un pourcentage d'incapacité différent.

ARTICLE 30. FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 31. ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des contrats collectifs établis en application des présentes conditions générales, les entreprises ou autres personnes morales souscriptrices doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

ARTICLE 32. PORTABILITE

32.1 Conditions du maintien de garanties

Les garanties de Prévoyance visées par le présent contrat sont maintenues au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage en vertu de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, tant que le présent contrat est en vigueur, les anciens salariés bénéficieront du maintien des garanties sous les conditions suivantes :

- ↳ Justifier de la rupture de leur contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail ;
- ↳ Justifier que leurs droits étaient bien ouverts chez le souscripteur avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail ;
- ↳ Justifier de l'ouverture de leurs droits et de leur indemnisation auprès de Pôle Emploi (attesté par un justificatif de prise en charge).

En vertu de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le souscripteur signalera le maintien des garanties dans le certificat de travail et informera la Mutuelle de la cessation du contrat de travail.

32.2 Prise d'effet et durée du maintien

Le dispositif de portabilité entre en application dès la cessation du contrat de travail et à condition que le salarié ait fourni le justificatif de sa prise en charge par Pôle Emploi.

Le maintien est assuré pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail ou le cas échéant des derniers contrats consécutifs chez le même employeur dans la limite de 12 (douze) mois.

La suspension temporaire des allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt Maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

Les Garanties maintenues sont celles décrites par le Contrat et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs du Souscripteur.

32.3 Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- ↳ au terme de la période de portabilité (maximum de 12 mois),
- ↳ à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,
- ↳ dès lors que l'ancien salarié perçoit une retraite versée par le Régime Obligatoire,
- ↳ en cas de non renouvellement ou de résiliation du présent Contrat quel qu'en soit le motif,
- ↳ à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation par Pôle Emploi,
- ↳ en cas de décès du membre participant ;

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

32.4 Financement de la portabilité

La portabilité est gratuite pour les anciens salariés : aucune cotisation ne leur est demandée. Elle est financée par une mutualisation soit par un paiement mutuel du souscripteur et des salariés en activité.

Versement des Prestations

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité, sous réserve des règles de cumul fixées ci-après.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

Règle de cumul

Le cumul des sommes versées par la Mutuelle, le Régime Obligatoire et de tout autre revenu de remplacement, au titre des Garanties en cas d'arrêt de travail **ne peut conduire le membre participant à percevoir plus de 100 % des sommes perçues au titre de l'allocation chômage.**

ARTICLE 33. MAINTIEN DES GARANTIES

33.1 Maintien des prestations en cours en cas de résiliation du contrat

En cas de rupture du contrat collectif, la Mutuelle continuera de servir toutes les prestations (indemnités journalières, rente invalidité, rente de conjoint, rente éducation) en cours de service, selon les modalités d'application (conditions et délais) définies au présent contrat. Cependant, les prestations ne seront plus revalorisées à compter de la date d'effet de la résiliation du contrat collectif.

33.2 Maintien des garanties décès/invalidité totale et permanente en cas d'incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente

En application de l'article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties décès seront maintenues au profit du salarié en incapacité ou invalidité indemnisé par la MGP au moment de la résiliation et ce pour le temps que cette indemnisation perdure.

La base des prestations cesse cependant d'être revalorisée.

ARTICLE 34. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Indemnités journalières, rente invalidité, rente de conjoint, rente éducation

Les prestations servies par la MGP seront revalorisées le 1er janvier de chaque année. Cette revalorisation sera calculée par référence à l'évolution de la valeur du point AGIRC ARCCO constatée d'un 1er janvier à l'autre dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de la Mutuelle. Ne donneront lieu à revalorisation que les prestations servies depuis au moins 6 mois.

ARTICLE 35. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr. Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation

auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

ARTICLE 36. COMPTES ANNUELS

Conformément à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et pour autant que cette disposition lui soit applicable, la mutuelle fournit à l'entreprise ou autre personne moral souscriptrice chaque année, au plus tard le 31 décembre de l'année suivante, un rapport sur les comptes du contrat.

Conformément à l'arrêté du 17 avril 2012, la mutuelle communique les frais de gestion relatifs au présent contrat.

ARTICLE 37. PREVENTION

Le présent contrat bénéficie, dès la seconde année de souscription, de prestations Prévention à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Sous réserve de validation par la Mutuelle Générale de Prévoyance, la prestation sera au minimum d'une action tous les trois ans et dans la limite d'un coût annuel total de 2% des cotisations HT encaissées l'année précédente.

Ces prestations sont offertes aux salariés ou agents adhérents au contrat de Prévoyance, et ce dès la date d'effet de leur adhésion au contrat.

Au-delà de cette limite budgétaire, ces services s'effectueront sur devis et facturation au souscripteur du contrat collectif.