



**CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE
AU BÉNÉFICE DES SALARIÉS CADRES DE L'ASSOCIATION DES PARALYSÉS
DE FRANCE n°s 126 235 392/1 et suivants**

Le présent contrat est souscrit entre :

L'ASSOCIATION DES PARALYSÉS DE FRANCE

Immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro 775 688 732

Siège social : 17, boulevard Auguste Blanqui - 75013 PARIS

Représentée par Monsieur Emmanuel BON, en sa qualité de Directeur Général

**Ci-après dénommée le souscripteur,
d'une part**

ET :

MUTEX

Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance

Inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHÂTILLON CEDEX

Coassureur des risques garantis et apériteur,

Représentée par Monsieur Christian MAREY, en sa qualité de Directeur Exécutif

Et

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,

Inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 388 952 350

Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS

Coassureur des risques garantis,

Représentée par Monsieur Yann CHARRON, en sa qualité de Directeur Général Opérations,

**Ci-après dénommées les organismes assureurs,
d'autre part**

Représentés pour la gestion administrative par :

La Mutuelle Chorum,

Mutuelle relevant du Livre II du Code de la Mutualité

Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 784 621 419

Siège social : 56/60, rue Nationale - 75013 PARIS

Représentée par Madame Brigitte LESOT, en sa qualité de Directrice Générale

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

CHAPITRE I. ARTICULATION DU CONTRAT, MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT 3

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT	3
ARTICLE 3. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT	4
ARTICLE 4. OBLIGATIONS DES ORGANISMES ASSUREURS.....	4
ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 6. RÉSILIATION DU CONTRAT	6

CHAPITRE II. LES ASSURÉS 7

ARTICLE 7. ASSURÉS ET MODALITÉS D'AFFILIATION ...	7
ARTICLE 8. DÉFINITION DES SINISTRES EN COURS.....	7
ARTICLE 9. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS	7

CHAPITRE III. SUSPENSION, TERME ET MAINTIEN DES GARANTIES 9

ARTICLE 10. SUSPENSION DES GARANTIES	9
ARTICLE 11. TERME DES GARANTIES	9
ARTICLE 12. MAINTIEN DES GARANTIES.....	10

CHAPITRE IV. LES COTISATIONS12

ARTICLE 13. TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS	12
ARTICLE 14. PAIEMENT DES COTISATIONS	12
ARTICLE 15. RÉVISION DES COTISATIONS	13
ARTICLE 16. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	13

CHAPITRE V. LES PRESTATIONS 14

ARTICLE 17. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 18. MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ.....	14
ARTICLE 19. PLAFONDS DE GARANTIES.....	14
ARTICLE 20. REVALORISATIONS.....	15
ARTICLE 21. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	15

CHAPITRE VI. EXCLUSIONS 16

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES17

ARTICLE 22. CONTRÔLES.....	17
ARTICLE 23. LITIGES MÉDICAUX.....	17
ARTICLE 24. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	17
ARTICLE 25. RÉCLAMATION, LITIGE ET MÉDIATION...17	
ARTICLE 26. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION / INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	18
ARTICLE 27. PRESCRIPTION	18
ARTICLE 28. SUBROGATION.....	18
ARTICLE 29. TERRITORIALITÉ	18

CHAPITRE VIII. DÉFINITIONS 19

TITRE II : LES GARANTIES.....21

CHAPITRE I. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE.....21

ARTICLE 30. OBJET DE LA GARANTIE.....	21
ARTICLE 31. MONTANT DES PRESTATIONS	21
ARTICLE 32. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION.....	21
ARTICLE 33. TERME DE L'INDEMNISATION.....	22
ARTICLE 34. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	22

CHAPITRE II. GARANTIE INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE 23

ARTICLE 35. OBJET DE LA GARANTIE.....	23
ARTICLE 36. MONTANT DES PRESTATIONS	23
ARTICLE 37. POINT DE DÉPART DU SERVICE DES PRESTATIONS.....	24
ARTICLE 38. TERME DE L'INDEMNISATION	24
ARTICLE 39. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	25

CHAPITRE III. GARANTIE DÉCÈS OU IAD..... 26

ARTICLE 40. OBJET DE LA GARANTIE DÉCÈS IAD	26
ARTICLE 41. MONTANT DES PRESTATIONS.....	26
ARTICLE 42. TERME DE LA GARANTIE.....	27
ARTICLE 43. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS.....	27
ARTICLE 44. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	29

ANNEXE 30

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

LB

g

un

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I. ARTICULATION DU CONTRAT, MODALITÉS DE SOUSCRIPTION, PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION 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 cadres de l'Association des Paralysés de France (APF) tels que définis à l'article 7 du chapitre II des dispositions générales du présent contrat, des garanties « Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD) », « Incapacité Temporaire Totale (ITT) », et « Invalidité - Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) », décrites au titre II.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies ci-après.

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

ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT

Les parties intervenant au contrat sont :

➤ **Les organismes assureurs :**

- **Mutex**

Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance
inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040
entreprise régie par le Code des assurances
siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHÂTILLON CEDEX
coassureur à hauteur de 90 % des risques garantis et apériteur,

- **Malakoff Médéric Prévoyance**

Institution de prévoyance régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale
siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS
coassureur à hauteur de 10 % des risques garantis.

Les organismes assureurs sont engagés pour la couverture des risques à hauteur de leur quote-part respective et sans solidarité entre eux.

Mutex, en tant qu'apériteur, assure notamment le rôle de coordinateur et d'interlocuteur unique de l'Association des Paralysés de France pour la négociation des conditions du contrat et de son renouvellement.

La mutuelle gestionnaire est la Mutuelle Chorum, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Elle assure la gestion administrative du présent contrat, pour le compte des deux organismes assureurs, c'est-à-dire la gestion des affiliations, des cotisations, des prestations et des réclamations.

➤ **Le souscripteur** est l'Association des Paralysés de France, personne morale signataire du présent contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire.

➤ **Les assurés** sont les salariés cadres affiliés à l'AGIRC de l'Association des Paralysés de France tels que définis à l'article 7 du chapitre II des dispositions générales du présent contrat.

ARTICLE 3. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT

Le présent contrat entre en vigueur le **1^{er} janvier 2013**, date à laquelle le nouveau régime obligatoire de prévoyance de l'Association des Paralysés de France s'applique.

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

Le contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 6 ci-après.

Ce dernier se substitue au 1^{er} janvier 2013 aux dispositions :

- du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire et de ses avenants souscrit précédemment par l'APF auprès de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.) à effet du 1^{er} janvier 2006, et
- du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire et de ses avenants souscrit précédemment par l'APF auprès de Malakoff Médéric Prévoyance à effet du 1^{er} janvier 1973,

lesquels cessent de produire leurs effets à cette date.

ARTICLE 4. OBLIGATIONS DES ORGANISMES ASSUREURS

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

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

La notice d'information sera réactualisée dès lors qu'un changement réglementaire, législatif ou contractuel aura lieu. La réactualisation pourra se faire sous forme d'un additif à la notice préexistante ou bien cette dernière pourra être directement modifiée.

ARTICLE 5. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur, l'Association des Paralysés de France, s'engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par les organismes assureurs lors de la mise en œuvre du contrat ou de toute modification des garanties apportées aux droits et obligations des assurés.

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

L'Association des Paralysés de France s'engage également à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies à l'article 7 du chapitre II des dispositions générales ci-après, et à payer les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 14 du chapitre IV des dispositions générales du présent contrat.

Elle doit notamment adresser les pièces suivantes :

5.1. À la souscription

Un état nominatif du personnel à assurer indiquant notamment, pour chaque intéressé :

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

Cet état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont en situation de sinistres en cours tels que définis à l'article 8 du chapitre II des dispositions générales du présent contrat, ou en congé de maternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu suivant les différents cas visés à l'article 10.1 du chapitre III des dispositions générales du présent contrat.

5.2. En cours d'exercice

- entrées des nouveaux salariés : les pièces prévues au 1) avec indication de la date d'engagement ;
- sorties des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant la date et le motif de départ ;
- un état rectificatif des personnes dont la garantie est suspendue ou reprise en application de l'article 10.1 du chapitre III des dispositions générales du présent contrat, indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 1) avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance.

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

5.3. À chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif annuel de l'exercice précédent du personnel assuré tel que prévu au point 5.1 ci-dessus.

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

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

ARTICLE 6. RÉSILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être résilié par lettre recommandée avec avis de réception, à chaque échéance annuelle :

- à l'initiative du souscripteur, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- à l'initiative de l'apériteur, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 6 mois avant l'échéance annuelle, notamment dans le cadre de la procédure de révision des cotisations prévue à l'article 15.2 en cas d'instauration de modification de taxes, contributions ou prélèvements sociaux de toute nature ou d'évolution législative, réglementaire ou conventionnelle, et sans préjudice des dispositions du paragraphe ci-dessous.

Le présent contrat peut également être résilié à l'initiative de l'apériteur :

- à tout moment, à l'issue de la procédure pour défaut de paiement des cotisations visé à l'article 16 du chapitre IV des dispositions générales du présent contrat ;
- à chaque échéance annuelle et à compter du 31 décembre 2015 au plus tôt, en cas de non acceptation, par le souscripteur, d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties formulée par l'apériteur au regard des résultats du contrat, dans le cadre des stipulations de l'article 15.1. Dans ce cas, si la procédure de révision des cotisations définie à l'article 15.1 est engagée six mois avant l'échéance du contrat par l'apériteur, au vu notamment de l'analyse des résultats financiers du régime lors des exercices précédents, la résiliation de celui-ci peut, en cas de désaccord, être notifiée par l'apériteur au souscripteur deux mois avant l'échéance annuelle, par lettre recommandée avec avis de réception.

Toutefois, en cas de résiliation anticipée du contrat avant le paiement intégral de la cotisation unique relative à la constitution des provisions résultant de l'allongement de la durée des carrières selon les modalités définies à l'article 9.2 ci-après et au protocole technique et financier, l'Association des Paralysés de France s'engage à rembourser la totalité du montant restant dû.

CHAPITRE II. LES ASSURÉS

ARTICLE 7. ASSURÉS ET MODALITÉS D'AFFILIATION

Les assurés sont les salariés cadres affiliés à l'AGIRC, du souscripteur, sous contrat de travail et affiliés au régime général de la Sécurité sociale, au 1^{er} janvier 2013, y compris les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet du contrat et ceux définis à l'article 8 ci-après.

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet, l'affiliation prend effet à la date de l'engagement, sous réserve d'avoir été déclarés à la Mutuelle Chorum dans les trois mois suivants et d'avoir effectivement pris leurs fonctions.

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

Chaque salarié dès lors qu'il est dûment affilié est appelé « assuré ».

ARTICLE 8. DÉFINITION DES SINISTRES EN COURS

Sont considérés comme relevant des sinistres en cours, les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes le jour précédant la prise d'effet du contrat :

- les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente, et étant indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale ;
- les salariés ou anciens salariés qui bénéficient de prestations incapacité temporaire de travail, de rente d'incapacité ou d'invalidité permanente au titre d'un contrat de prévoyance collective signé par l'Association des Paralysés de France antérieur à la date d'effet du présent contrat.

ARTICLE 9. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

9.1. Engagements des organismes assureurs

Conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire et de la loi n° 2001-624 du 21 juillet 2001, la prise en charge des sinistres en cours, tels que définis à l'article 8 ci-avant, est organisée comme suit.

Mutex et Malakoff Médéric Prévoyance, au titre du présent contrat, s'engagent à reprendre les engagements issus de leur contrat antérieur respectif :

- l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.), précédent assureur du contrat n° 104 028 153 et suivants souscrit au bénéfice des salariés cadres au titre de la tranche A, prenant effet au 1^{er} janvier 2006 et résilié au 31 décembre 2012,
- Malakoff Médéric Prévoyance, précédent assureur du contrat n° 890 631 souscrit au bénéfice des salariés cadres au titre de la tranche B prenant effet au 1^{er} janvier 1973 et résilié au 31 décembre 2012,

concernant les salariés et les anciens salariés dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 1^{er} janvier 2013.

En conséquence, Mutex et Malakoff Médéric Prévoyance, au titre du présent contrat, maintiennent chacun pour la part des garanties qui leur incombe, aux salariés et aux anciens salariés dont les droits à prestation sont nés antérieurement au 1^{er} janvier 2013, et ce pendant toute la durée de leur indemnisation :

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

La prise en charge, par chacun des organismes assureurs, de ces sinistres en cours est acquise sans contrepartie de cotisation supplémentaire.

Il est précisé que les provisions techniques constituées au titre des prestations nées sous l'empire des deux précédents contrats précités, seront transférées au présent contrat, dans les conditions précisées au protocole technique et financier.

9.2. Financement de la réforme des retraites

L'allongement de la durée de carrière résultant de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a généré une charge supplémentaire pour les organismes assureurs tenus de constituer des provisions complémentaires concernant les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité à cette date, sur une période de six ans au plus.

Suite à la résiliation des contrats précédents cités ci-avant au 31 décembre 2012, l'Association des Paralysés de France était en principe redevable d'une indemnité de résiliation conformément à l'article 26 de la même loi qui prévoit que :

« En cas de résiliation ou de non renouvellement d'un contrat, (...) une indemnité de résiliation, égale à la différence entre le montant des provisions techniques permettant de couvrir intégralement les engagements (...) et le montant des provisions techniques effectivement constituées (...) à la date de cessation du contrat, (...) est due par le souscripteur. ».

Dans le cadre de la reprise au titre du présent contrat des salariés en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité au 31 décembre 2012, Mutex et Malakoff Médéric Prévoyance prévoient le provisionnement intégral des engagements correspondants au 1^{er} janvier 2013.

En contrepartie de ce provisionnement intégral par les organismes assureurs, l'Association des Paralysés de France s'engage à régler une cotisation unique avant le 31 décembre 2015 pour laquelle les organismes assureurs ont consenti un échelonnement du paiement de son montant.

Les conditions et modalités de financement de cette cotisation sont définies au protocole technique et financier.

En cas de résiliation anticipée du présent contrat avant le paiement intégral de la cotisation unique, l'Association des Paralysés de France s'engage à rembourser aux organismes assureurs la totalité du montant restant dû.

CHAPITRE III. SUSPENSION, TERME ET MAINTIEN DES GARANTIES

ARTICLE 10. SUSPENSION DES GARANTIES

10.1. Suspension des garanties en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit dans tous les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré dès lors qu'il ne donne lieu à aucune indemnisation (congé parental d'éducation, congé sans solde d'une durée supérieure à un mois, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé de soutien familial etc..) que ce soit sous la forme :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- soit d'indemnisation complémentaire financée au moins pour partie par l'employeur et directement versée par ce dernier ou pour son compte par un tiers,
- soit de revenus de remplacement à la charge de l'employeur.

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

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle.

Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé sous réserve que la Mutuelle Chorum en soit informée dans les trois mois suivant la date de reprise. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par la Mutuelle Chorum de la déclaration du souscripteur.**

Les assurés dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien de la garantie décès définie au chapitre III du titre II du présent contrat dans les conditions définies à l'article 12.2 ci-après.

10.2. Suspension des garanties pour non paiement de la cotisation

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 16 du chapitre IV des dispositions générales du présent contrat.

L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

ARTICLE 11. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations, telle que prévue à l'article 16 du chapitre IV des dispositions générales du présent contrat ;
- à la date d'effet de la liquidation de pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes se trouvant en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

Ces deux derniers cas ne s'appliquent pas si l'assuré peut prétendre au bénéfice du maintien des garanties tel que prévu aux articles 12.3 et 12.4 ci-après.

ARTICLE 12. MAINTIEN DES GARANTIES

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

Les garanties définies au présent contrat sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré donnant lieu à indemnisation que ce soit sous la forme :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- soit d'indemnisation complémentaire financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par un tiers,
- soit de revenus de remplacement à la charge de l'employeur.

Pendant cette période, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance.

12.2. Maintien à titre facultatif de la garantie décès en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

La garantie décès du présent contrat peut être maintenue, à titre facultatif, aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 10.1 ci-avant, pendant la période de suspension de leur contrat de travail.

L'information du salarié sur ce maintien optionnel incombe au souscripteur.

12.2.1. Conditions de mise en œuvre

La demande du salarié doit être formulée par écrit et adressée à la Mutuelle Chorum par l'intermédiaire de l'Association des Paralysés de France au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Au-delà de cette date, le salarié ne pourra plus bénéficier de ce maintien.

12.2.2. Prise d'effet, salaire de référence et cessation de la garantie

La garantie décès est celle décrite au chapitre III du titre II du présent contrat et prend effet à compter du premier jour de la suspension du contrat de travail.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire tel que défini à l'article 17 du chapitre V des dispositions générales du présent contrat, et précédant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le maintien facultatif de la garantie décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du salarié concerné,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de rupture de son contrat de travail,
- à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de dénonciation de son adhésion individuelle, par lettre adressée dans un délai de dix jours suivant la date de suspension de son contrat de travail à la Mutuelle Chorum par l'intermédiaire de l'Association des Paralysés de France,
- à la date de résiliation du présent contrat.

La dénonciation de l'adhésion par le salarié est définitive.

12.2.3. Montant et paiement des cotisations

Les taux de cotisation sont identiques à ceux correspondant à la garantie décès des salariés en activité, sont à la charge intégrale du salarié (part salariale et part patronale), et s'élèvent à :

- 0,29 % de la tranche A,
- 0,88 % des tranches B et C.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts fixes des 12 derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables brutes régulièrement versées au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Le montant de la cotisation doit être réglé par le salarié à l'Association des Paralysés de France, pour la période correspondant à la durée de suspension de son contrat de travail, qui reverse le montant intégral des cotisations à la Mutuelle Chorum. **A défaut de paiement des cotisations, le salarié ne peut plus bénéficier de ce maintien optionnel.**

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

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

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

12.4. Maintien des garanties en cas de résiliation ou non renouvellement du présent contrat

Toutes les garanties prennent fin en cas de résiliation ou du non renouvellement du présent contrat.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation continuent d'être assurées au niveau atteint à la date de résiliation, jusqu'à l'extinction des droits. Les organismes assureurs garantissent également les prestations en cas de passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, dans les conditions prévues au présent contrat, des assurés indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire totale à la date de résiliation ou du non-renouvellement.

Le bénéfice de la garantie en cas de décès est maintenu pour les salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre 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 ou du non renouvellement du présent contrat.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du présent contrat.

En cas de résiliation du présent contrat, les organismes assureurs pourront par ailleurs proposer au salarié une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sous réserve que l'assuré en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par les organismes assureurs, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

CHAPITRE IV. LES COTISATIONS

ARTICLE 13. TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS

13.1. Montant des cotisations

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du salaire brut annuel défini au point 13.2. ci-dessous et sont fixés comme suit :

• **Du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 :**

- **2,21 % de la tranche A,**
- **3,14 % des tranches B et C.**

• **A compter du 1^{er} janvier 2014 :**

- **2,21 % de la tranche A,**
- **3,30 % des tranches B et C.**

Ces taux initiaux de cotisation sont fixés jusqu'à l'échéance annuelle du 31 décembre 2015.

13.2. Assiette des cotisations

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

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

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires perçues au cours de l'année civile d'assurance (13^{ème} mois, prime de vacances ...), à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite ...).

Les indemnités journalières versées au titre du présent contrat, tout comme les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, sont exclues de l'assiette des cotisations dues au titre du présent contrat.

13.3. Frais de gestion

Les frais de gestion pour la garantie décès décrite au chapitre III du titre II du présent contrat s'élèvent à 6 % de la cotisation et à 8 % pour les autres garanties, et ils sont inclus dans les taux indiqués au point 13.1. ci-dessus.

ARTICLE 14. PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Association des Paralysés de France verse à la Mutuelle Chorum les cotisations trimestriellement à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre.

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

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

ARTICLE 15. RÉVISION DES COTISATIONS

15.1. Révision des cotisations en fonction des résultats du contrat

Les taux initiaux de cotisation peuvent être révisés à chaque échéance annuelle au regard des résultats du contrat, à effet de l'exercice suivant le 31 décembre 2015 au plus tôt, sur proposition de l'apériteur notifiée au souscripteur **six mois** au moins avant l'échéance annuelle, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire, telles que définies ci-après, et en dehors des périodes de renouvellement.

La modification du montant des cotisations sera formalisée par voie d'avenant signé entre les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'apériteur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 6 par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au souscripteur **avant le 31 octobre** précédant l'échéance annuelle du contrat.

15.2. Révision des cotisations en raison de la survenance d'éléments externes affectant l'équilibre du contrat

Pour les prestations garanties au contrat dont les montants et conditions de versement sont établis au regard notamment des dispositions légales et réglementaires de la Sécurité sociale en vigueur ou des dispositions conventionnelles, les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

De même l'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou prélèvements sociaux de toute nature, et l'augmentation des taxes, contributions ou prélèvement sociaux, actuels ou à venir, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

En conséquence, toute modification de ces éléments, évolution des textes légaux, réglementaires ou conventionnels, instauration ou augmentation de toute nouvelle taxe, contribution ou prélèvement social de toute nature, pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des prestations par l'apériteur au souscripteur et sera formalisée par voie d'avenant signé entre les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'apériteur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 6 par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au souscripteur **avant le 30 juin** précédant l'échéance annuelle du contrat.

ARTICLE 16. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance fixée à l'article 14 ci-avant et indépendamment du droit pour les organismes assureurs de poursuivre l'exécution du contrat en justice après une mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

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

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

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

CHAPITRE V. LES PRESTATIONS

ARTICLE 17. SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire brut fixe ayant donné lieu au paiement de la cotisation dans la limite des tranches A, B et C, et perçu par l'assuré au cours des 3 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à des prestations.

Ce salaire est majoré du quart des rémunérations variables supplémentaires régulièrement versées (13^{ème} mois, prime de vacances...) et ayant donné lieu à cotisation dans les douze derniers mois civils d'activité, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (primes de départ à la retraite...).

En cas d'arrêt de travail de l'assuré au cours de cette période, le salaire de référence est égal au salaire brut reconstitué à hauteur du temps de travail contractuel de l'assuré à la date d'arrêt de travail.

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au 1^{er} alinéa, 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 les prestations sont exprimées annuellement, le salaire de référence défini ci-dessus est multiplié par quatre.

ARTICLE 18. MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par l'Association des Paralysés de France (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par Pôle Emploi ou tout autre organisme 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 le salarié 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 présent contrat ;
- si le salarié exerce une activité à temps partiel, le salaire perçu par le salarié pendant la période objet de l'indemnisation, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel à la date d'arrêt de travail.

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

ARTICLE 19. PLAFONDS DE GARANTIES

19.1. Plafonds de garanties par assuré

Les engagements des organismes assureurs, sur les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités à 5 000 000 euros, y compris les capitaux supplémentaires pour accident et double effet (capital pour orphelin).

Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle sont limités à 2 530 000 euros par assuré.

19.2. Plafond par événement catastrophique (*)

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou de l'invalidité-incapacité permanente professionnelle d'au moins quatre assurés dans les douze mois de sa survenance, les engagements des organismes assureurs, pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés ou garantis au titre de cet événement, sont limités à 81 000 000 euros.

ARTICLE 20. REVALORISATIONS

20.1. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC, au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à six mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Les revalorisations sont servies dans la limite des résultats techniques du régime.

En cas de résiliation du présent contrat, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées ultérieurement.

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

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

Le taux de revalorisation appliqué est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC constatée entre le début de l'arrêt de travail et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès.

ARTICLE 21. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et sont calculées compte tenu des règles de ces régimes en vigueur à la date d'effet du sinistre.

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire du souscripteur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Dans l'hypothèse où le mode de paiement choisi donnerait lieu à perception de frais, ceux-ci seront déduits du montant des prestations.

La transmission des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

() Un événement catastrophique est une cause unique d'une durée maximale de 72 heures entraînant au minimum 4 assurés sinistrés à l'occasion d'un même accident.*

CHAPITRE VI. EXCLUSIONS

➤ Exclusions générales

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

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L.6400-1 du Code des transports (*) et à la condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

➤ Exclusions propres aux garanties

✎ En ce qui concerne la garantie « Décès », ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion dans l'assurance. Ce délai peut être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont les présentes dispositions contractuelles prennent la suite immédiate ;
- de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

✎ Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, invalidités, incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :

- de luttes, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si l'alcoolémie de l'assuré est égale ou supérieure à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

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

(*) Article L.6400-1 du Code des transports : « Le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou du courrier ».

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22. CONTRÔLES

Les organismes assureurs ne sont pas tenus par les décisions de la Sécurité sociale.

Ainsi, Mutex peut à tout moment :

- faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

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

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 de Mutex et le médecin traitant de l'assuré.

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

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

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

ARTICLE 24. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

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

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

La garantie accordée à l'assuré 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 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 25. RÉCLAMATION, LITIGE ET MÉDIATION

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

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

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

Cette procédure est mise à la disposition des souscripteurs et assurés confrontés à des situations litigieuses non résolues après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations propres à Mutex, visées ci-dessus, hors différend relatif à une décision médicale qui fait l'objet d'une procédure de règlement amiable spécifique.

Le médiateur peut ainsi être saisi par le souscripteur, l'assuré ou son ayant droit, en adressant sa demande par courrier simple envoyée à l'attention du Médiateur de Mutex à l'adresse suivante : MUTEX - Service Médiation - 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon Cedex.

La médiation ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, matérialisé par un avis écrit et signé d'un Directeur répondant à la réclamation visée par le litige.

Si au terme de la procédure de médiation Mutex, le différend persiste, l'assuré peut, dans le cadre du protocole de la médiation du GEMA (Groupement entreprise mutuelles d'assurance), saisir le médiateur du GEMA par courrier simple envoyé à l'adresse suivante : Médiation GEMA - 9, rue Saint-Petersbourg - 75008 PARIS.

ARTICLE 26. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION (ACPR) / INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

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

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

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

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

ARTICLE 27. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

ARTICLE 28. SUBROGATION

Pour les garanties incapacité temporaire totale et invalidité-incapacité permanente professionnelle, celles-ci ayant un caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées en application de l'article L.131-2 du Code des Assurances.

ARTICLE 29. TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux salariés affiliés au régime obligatoire de Sécurité sociale français. Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en France et en euros.

CHAPITRE VIII. DÉFINITIONS

Sauf avis médical différent en cas de contrôle tel que prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales du présent contrat et chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

➤ Invalidité

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.

➤ Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 %

La reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 66 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).

➤ Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 %

La reconnaissance 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 compris entre 33 % et moins de 66 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L.434-2 dudit Code).

➤ Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

L'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L.341-4 3^o) du Code de la Sécurité Sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité Sociale : « Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

Est assimilée à l'état d'invalidité absolue et définitive, le salarié en arrêt de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'Incapacité fixé par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale est égal ou supérieur à 80 %.

➤ Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

➤ Accident du travail

L'accident reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

➤ Accident de la circulation

L'accident dont l'assuré est victime soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton ; soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

➤ Enfants à charge

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

➤ de moins de 16 ans, ou

➤ de moins de 26 ans, sous réserve :

↳ qu'ils poursuivent leurs études et puissent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants (Article L.381-3 et suivants du Code de la Sécurité sociale).

↳ qu'ils soient en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC mensuel ; pour en justifier, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire.

↳ que, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, ils soient atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L.241.3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux, aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.

➤ Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge, les personnes vivant sous le toit de l'assuré et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

➤ Conjoint, concubin, Pacsé

Conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement.

Concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (2 ans de vie commune avant le décès sauf si un enfant est né de l'union) justifiée par la production de la dernière déclaration fiscale au même domicile, la dernière quittance de loyer, facture EDF

Partenaire de PACS, la personne ayant conclu avec l'assuré une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

TITRE II : LES GARANTIES

CHAPITRE I. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

ARTICLE 30. OBJET DE LA GARANTIE

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

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

ARTICLE 31. MONTANT DES PRESTATIONS

**75 % du salaire de référence de la tranche A (*),
90 % du salaire de référence des tranches B et C (*).**

Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale, au titre de cette incapacité.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité tel que défini à l'article 18 « Montant maximum du montant des prestations incapacité et invalidité » du chapitre V des dispositions générales du présent contrat.

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

ARTICLE 32. POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à compter du **91^{ème} jour** d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de **90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

On entend par franchise la période d'arrêt de travail continue ou discontinue 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 aux prestations.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées par la Sécurité sociale et non prises en charge par les organismes assureurs, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L.322.3, 3^o, 4^o et L.324.1 du Code de la Sécurité sociale).

() tel que défini à l'article 17 du chapitre V des dispositions générales du présent contrat*

Lorsque, à la date d'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, la franchise n'est pas épuisée, on ajoute aux arrêts des 12 mois précédents susmentionnés, les jours de l'arrêt lui-même à due concurrence d'un total de 90 jours.

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

ARTICLE 33. TERME DE L'INDEMNISATION

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières à l'assuré ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet de l'assuré ou de la reprise à temps partiel sans maintien des indemnités journalières par la Sécurité sociale ;
- de la décision en cas de contrôle médical concluant à un arrêt de travail non justifié tel que prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales ;
- de la date à laquelle l'assuré perçoit une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité sociale ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, à l'exception des personnes se trouvant en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;
- de la date de décès de l'assuré ;
- et en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

ARTICLE 34. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans les meilleurs délais à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe du présent contrat.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes des indemnités journalières émanant de la Sécurité sociale, directement au souscripteur, et en cas de rupture du contrat de travail, à l'assuré lui-même.

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

CHAPITRE II. GARANTIE INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 35. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dès la reconnaissance par cette dernière de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33% au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, telles que définies au chapitre VIII du présent contrat.

ARTICLE 36. MONTANT DES PRESTATIONS

36.1. Montant de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle

Le montant de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est déterminé par catégorie d'invalidité ou selon le taux d'incapacité comme suit :

➤ En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie Sécurité sociale (*) :

50 % du salaire de référence des tranches A, B et C (**)

➤ En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Sécurité sociale ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 % (*) :

↳ 80 % du salaire de référence de la tranche A (**).

↳ 80 % du salaire de référence des tranches B et C (**), majoré de 10% de ce même salaire si trois enfants et plus sont à charge (*).

➤ En cas d'IPP d'un taux compris entre 33% et moins de 66 % (*) :

$\frac{R \times 3 N}{2}$ « N » étant le taux d'incapacité permanente

2 « R » le montant de la rente d'invalidité en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie.

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle, 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 tel que défini à l'article 18 « Montant maximum du montant des prestations incapacité et invalidité » du chapitre V des dispositions générales du présent contrat.

En cas de modification du classement de l'assuré au sein des catégories d'invalidité ou du taux d'incapacité professionnelle reconnue par la Sécurité sociale, la rente ou la pension complémentaire qui est versée est modifiée à compter de cette même date.

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si l'assuré continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée à l'article 18 « Montant maximum du montant des prestations incapacité et invalidité » du chapitre V des dispositions générales du présent contrat.

(*) tels que définis au chapitre VIII des dispositions générales du présent contrat

(**) tel que défini à l'article 17 du chapitre V des dispositions générales du présent contrat

36.2. Montant de l'allocation pour tierce personne

Une allocation pour tierce personne complémentaire à la majoration pour tierce personne servie par la Sécurité sociale est attribuée aux assurés bénéficiaires d'une pension complémentaire d'invalidité de troisième catégorie.

Le montant annuel de l'allocation pour tierce personne est égal à :

40 % du salaire de référence des tranches B et C (*), dans la limite de 20 % du Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la date d'attribution de la pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie.

ARTICLE 37. POINT DE DÉPART DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les pensions d'invalidité ou les rentes d'incapacité permanente professionnelle sont servies à compter de la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité ou d'incapacité d'un taux égal ou supérieur à 33%.

L'allocation pour tierce personne est servie à compter du versement par la Sécurité sociale de la majoration pour tierce personne aux titulaires de pensions d'invalidité de 3^{ème} catégorie.

Cas particulier de l'assuré dont le contrat de travail est rompu

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité ou une majoration pour tierce personne, la pension ou la rente ou l'allocation pour tierce personne ne sera versée qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 38. 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 ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33% ;
- du jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- de la décision en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle, tel que prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, à l'exception des personnes se trouvant en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;
- et en tout état de cause de la date du décès de l'assuré.

Le service des rentes ou des pensions est repris à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale que l'incapacité de travail de l'assuré est redevenue supérieure à 33 % ou que son état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{ère}, 2^{ème}, ou 3^{ème} catégorie et ce, dans les limites fixées aux points 4 à 7 ci-dessus, sous réserve que la rechute ait lieu dans un délai maximum de deux mois à compter du lendemain du dernier jour indemnisé par les organismes assureurs.

Ce délai est porté à un an à la condition que l'intéressé justifie médicalement que l'aggravation de son état a été provoquée par la même affection que celle en cours au moment de la suspension, et sous réserve le cas échéant du contrôle médical prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales.

(*) tel que défini à l'article 17 du chapitre V des dispositions générales du présent contrat

Ce dernier délai est prorogé s'il s'agit d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L.322-3° et 4° du Code de la Sécurité sociale) ou des affections de longue durée (article L.324-1 du Code de la Sécurité sociale).

Le service de l'allocation pour tierce personne prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la majoration pour tierce personne ;
- du jour où cesse le classement de l'assuré en 3^{ème} catégorie ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel ;
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- de la décision en cas de contrôle médical ne confirmant pas l'état d'invalidité tel que prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales ;
- et en tout état de cause de la date du décès de l'assuré.

ARTICLE 39. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de prestations doivent être transmises dans les meilleurs délais à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe du présent contrat.

Les rentes ou les pensions ou l'allocation pour tierce personne sont versées directement à l'assuré à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension ou de la majoration pour tierce personne 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.

CHAPITRE III. GARANTIE DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

ARTICLE 40. OBJET DE LA GARANTIE DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Cette garantie a pour objet de garantir le versement :

➤ au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires définis aux articles 43.1 et 43.2 ci-après :

- d'un capital « décès toutes causes » en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive (IAD) ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 80 %, de l'assuré (*), quelle qu'en soit la cause,
- d'un capital « décès par accident » supplémentaire en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % de l'assuré, d'origine accidentelle,

➤ au profit des enfants à charge tels que définis à l'article 43.3 ci-après :

- d'un capital pour orphelin en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % (*) du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'assuré au titre des tranches B et C, et survenant simultanément ou postérieurement au décès de ce dernier au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement.

ARTICLE 41. MONTANT DES PRESTATIONS

41.1. Montant du capital versé en cas de décès ou d'IAD toutes causes

↳ Capital de base

Célibataire, veuf, divorcé75 % de la tranche A + 415 % des tranches B et C (**)

Marié, concubin100 % de la tranche A + 415 % des tranches B et C (**)
ou partenaire de PACS

↳ Majoration par enfant ou personne à charge

Tranche A : 25 % de la tranche A ()**

Tranches B et C : $(21 - X) \times 3,50\%$ du capital de base tranches B et C

X étant l'âge de l'enfant au jour du décès ou de l'IAD ou de l'IPP de l'assuré
la majoration au titre des tranches B et C ne pouvant être inférieure à 10%.

Le versement par anticipation du capital décès visé ci-dessus au titre de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80% met fin à la garantie décès.

(*) telle que définie au chapitre VIII des dispositions générales du présent contrat

(**) du salaire de référence tel que défini à l'article 17 du chapitre V des dispositions générales du présent contrat

41.2. Montant du capital supplémentaire versé en cas de décès ou d'IAD par accident

En cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % (*) d'origine accidentelle, il est versé un capital supplémentaire pour accident égal à :

↳ **100 % du capital décès toutes causes** au titre de la **tranche A**,

↳ **50 % du capital décès toutes causes** au titre des **tranches B et C**

(y compris les majorations pour enfant ou personne à charge).

Le versement par anticipation du capital décès par accident visé ci-dessus au titre de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % met fin à la garantie décès par accident.

41.3. Montant du capital pour orphelin

En cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80%, du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'assuré, survenant simultanément ou postérieurement au décès de ce dernier au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement, il est versé aux enfants restant à charge un capital égal à :

↳ **50% du capital décès toutes causes tranches B et C défini ci-avant** (y compris les majorations pour enfant ou personne à charge).

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

Le versement anticipé du capital pour orphelin faisant suite à l'IAD ou l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % du conjoint, du concubin ou partenaire de PACS met fin à la garantie «Capital pour orphelin».

ARTICLE 42. TERME DE LA GARANTIE

La garantie décès ou IAD prend fin soit :

- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré, sauf s'il peut prétendre au bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article 12.3 du chapitre III des dispositions générales du présent contrat ;
- à la date d'effet de la liquidation de pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf en cas de situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur.

ARTICLE 43. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

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

Le (ou les) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès de l'assuré sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de la Mutuelle Chorum.

Les assurés peuvent désigner le(s) bénéficiaire(s) soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Si le bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par la Mutuelle Chorum lors du décès de l'assuré.

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

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

- soit par un écrit co-signé par la Mutuelle Chorum, par l'assuré et par le 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 la Mutuelle Chorum pour lui être opposable.

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

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut au concubin ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux descendants ;
- à défaut aux ascendants ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

Les notions de descendants, ascendants et héritiers ainsi que leur quote-part dans le capital décès sont appréciées en application des règles de dévolution successorale légale.

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

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires du capital correspondant à la majoration éventuelle de la prestation pour enfant ou personne à charge versée dans l'hypothèse du décès de l'assuré sont les enfants ou personnes à charge par parts égales entre eux.

43.2. Bénéficiaires du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes et d'origine accidentelle

Dès lors que l'assuré est reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% telles que définies au chapitre VIII des dispositions générales du présent contrat, l'assuré peut demander le versement par anticipation des prestations prévues en cas de décès toutes causes et de décès accidentel.

Dans ce cas, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que l'assuré, à l'exception des majorations pour enfant ou personne à charge (versées aux intéressés).

43.3. Bénéficiaires du capital pour orphelin

Les bénéficiaires du capital pour orphelin en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % du conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'assuré, sont les enfants à charge, par parts égales entre eux, tels que définis au chapitre VIII des dispositions générales du présent contrat.

ARTICLE 44. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La demande du capital doit être effectuée dans les meilleurs délais à compter de la date du décès, ou de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80% de l'assuré, sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe du présent contrat.

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées ci-avant, après acceptation du dossier de demande, et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive ou l'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %, du contrôle médical prévu à l'article 22 du chapitre VII des dispositions générales du présent contrat.

Fait à Châtillon, en triple exemplaires originaux, le 7 octobre 2013

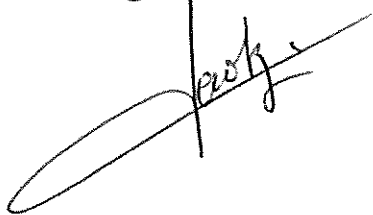
Pour Mutex
Le Directeur Exécutif
Christian MAREY

MUTEX
Société Anonyme à direction et conseil de surveillance
au Capital de 31 978 110 €
Entreprise régie par le Code des assurances
RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris
92327 CHÂTILLON CEDEX

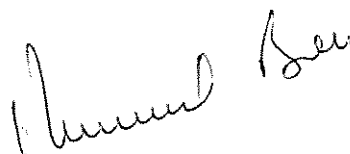
Pour Malakoff Médéric Prévoyance
Le Directeur Général Opérations
Yann CHARRON



Pour la Mutuelle Chorum
La Directrice Générale
Brigitte LESOT



Pour l'Association des Paralysés de France
Le Directeur Général
Emmanuel BON



PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations peut être réclamée

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité Temporaire Totale	Invalidité et IPP	Décès IAD
Demande d'indemnités journalières, signée par le représentant qualifié du souscripteur	☒		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	☒		
En cas de temps partiel thérapeutique joindre les attestations de salaires et les bordereaux de Sécurité sociale	☒		
Photocopies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	☒	☒	☒
Demande de pension d'invalidité ou/et de l'allocation pour tierce personne ou de rente d'incapacité permanente professionnelle signée par le représentant qualifié du souscripteur		☒	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la majoration pour tierce personne ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		☒	
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		☒	
Demande de capital Décès ou IAD ou IPP signée par le représentant qualifié du souscripteur			☒
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 un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			☒
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			☒
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'avants 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			☒
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire PACS			☒
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 20 ans, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			☒
Si personne handicapée, la carte d'invalidité civile ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			☒
Justificatifs utiles et en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires de l'assuré			☒
Attestation d'inscription à Pôle Emploi			☒
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 attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			☒