

Contrat collectif
Maintien de salaire

Conditions générales

PRÉAMBULE

Les employeurs peuvent souscrire à l'une des offres de maintien de salaire, proposée et assurée par Mutex, ou à plusieurs d'entre elles lorsqu'elles sont différentes selon la catégorie de personnel.

Ces offres sont destinées à assurer le remboursement des obligations minimales de maintien de salaire mises à la charge de l'employeur, légales, ou conventionnelles en fonction de la convention collective dont il dépend, en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'une ou plusieurs catégories de son personnel.

Le choix de l'offre ou des offres expressément souscrites par l'employeur figure aux conditions particulières du contrat collectif Maintien de salaire.

Ce contrat est composé des présentes conditions générales, et des conditions particulières accompagnées d'une annexe Maintien de salaire, ou de plusieurs si l'employeur a choisi de souscrire la garantie au profit de plusieurs catégories de personnel et que leurs droits à maintien de salaire sont différents.

Les présentes conditions générales définissent la garantie, les conditions de son application, les formalités à accomplir, les

justificatifs à fournir ainsi que les obligations de l'employeur ; elles comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières obligatoirement jointes déterminent notamment la (ou les) catégorie(s) de personnel assuré(s), la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation appliqués.

Une annexe Maintien de salaire, ou plusieurs annexes pour chaque catégorie de personnel assuré, sont obligatoirement jointes aux conditions particulières.

L'annexe Maintien de salaire définit la catégorie de personnel assuré, l'ancienneté requise, les montants des prestations, le point de départ et la durée de l'indemnisation, selon la nature de la maladie ou l'accident, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, la convention collective concernée lorsqu'il s'agit d'une obligation conventionnelle, et le cas échéant des dispositions dérogatoires et/ou complémentaires aux présentes conditions générales.

Sommaire

I- DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3	CHAPITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	5
CHAPITRE I - ARTICULATION DU CONTRAT	3	🕒 Article 16 - Contrôles	5
🕒 Article 1 - Objet du contrat	3	🕒 Article 17 - Litiges Médicaux	5
🕒 Article 2 - Intervenants au contrat	3	🕒 Article 18 - Réclamations et litiges	5
CHAPITRE II - PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	3	🕒 Article 19 - Organisme de contrôle	5
🕒 Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement	3	🕒 Article 20 - Protection des données à caractère personnel	6
🕒 Article 4 - Obligations du souscripteur	3	🕒 Article 21 - Fausse déclaration intentionnelle	6
🕒 Article 5 - Révision du contrat	3	🕒 Article 22 - Prescription	6
🕒 Article 6 - Résiliation	4	🕒 Article 23 - Territorialité	7
CHAPITRE III - DURÉE DE LA GARANTIE	4	🕒 Article 24 - Dispositions relatives à la signature électronique	7
🕒 Article 7 - Modalités et prise d'effet de la couverture maintien de salaire	4	II - DÉFINITION DE LA GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE	8
🕒 Article 8 - Terme de la garantie	4	CHAPITRE VII - OBJET DE LA GARANTIE ET OUVERTURE DES DROITS	8
🕒 Article 9 - Suspension de la garantie	4	🕒 Article 25 - Objet de la garantie	8
CHAPITRE IV - COTISATIONS	4	🕒 Article 26 - Ouverture des droits	8
🕒 Article 10 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	4	CHAPITRE VIII - DURÉE DE L'INDEMNISATION	8
🕒 Article 11 - Conditions de paiement des cotisations	5	🕒 Article 27 - Point de départ l'indemnisation	8
🕒 Article 12 - Défaut de paiement des cotisations	5	🕒 Article 28 - Terme de l'indemnisation	8
CHAPITRE V - PRESTATIONS	5	🕒 Article 29 - Durée totale d'indemnisation	8
🕒 Article 13 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations	5	CHAPITRE IX - MONTANT DES PRESTATIONS	8
🕒 Article 14 - Principe indemnitaire	5	🕒 Article 30 - Conditions de prise en charge	8
🕒 Article 15 - Risques exclus	5	🕒 Article 31 - Limites	8
		CHAPITRE X - CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	9
		🕒 Article 32 - Délai de déclaration et modalité de règlement	9
		🕒 Article 33 - Pièces justificatives à fournir	9

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I ARTICULATION DU CONTRAT

🕒 Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat collectif a pour objet d'assurer au souscripteur le versement d'indemnités couvrant ses obligations de maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, des salariés tels que définis à l'article 2 ci-après.

Le contrat est composé des présentes conditions générales, et des conditions particulières accompagnées d'une annexe Maintien de salaire ou de plusieurs, ces dernières prévalant sur les présentes conditions générales en cas de contradiction sur des dispositions portant sur le même objet.

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

Le présent contrat collectif est régi par le Code des assurances et est soumis à la loi française.

Les présentes conditions générales, associées aux conditions particulières et son annexe, ou ses annexes, organisent la mise en œuvre du contrat collectif de maintien de salaire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 2.

🕒 Article 2 - Intervenants au contrat

Les intervenants au présent contrat sont :

- **l'organisme assureur :**

MUTEX,

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances.

Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex

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

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.

- **le souscripteur et bénéficiaire :** la personne morale signataire des conditions particulières.
- **les assurés :** l'ensemble des salariés sous contrat de travail appartenant à la ou les catégories de personnel telles que mentionnées aux conditions particulières et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, dûment déclarés par le souscripteur du présent contrat.

CHAPITRE II PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

🕒 Article 3 - Prise d'effet, durée et renouvellement

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

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

Le présent contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction. Il peut également être résilié dans les conditions définies à l'article 6.

🕒 Article 4 - Obligations du souscripteur

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

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

4.1. À la souscription

Un état nominatif du personnel à assurer, par catégorie professionnelle, indiquant pour chaque intéressé :

- son n° de Sécurité sociale ;
- ses nom et prénoms ;
- son sexe ;
- sa date de naissance ;
- sa date d'embauche ;
- son salaire annuel brut servant de base au calcul des cotisations du présent contrat.

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

Cet état peut être remplacé par les informations transmises via la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de sa signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet.

4.2. En cours d'exercice

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues à l'article 4.1. ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

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

4.3. En cas de changement affectant le périmètre assurable

Le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements, de changement de son obligation de maintien de salaire notamment en cas de changement de convention collective applicable, de mouvements significatifs de salariés (notamment suite à restructuration d'entreprise), ou de transformation de sa situation juridique ou économique notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou structure associative, ou d'une opération de restructuration assimilée (apport partiel d'actifs, rachat ou reprise d'établissement notamment).

4.4. À chaque renouvellement du contrat

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu à l'article 4.1.

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

🕒 Article 5 - Révision du contrat

Les conditions d'assurance ont été définies au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et/ou conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du présent contrat. Les changements apportés à ces conditions postérieurement à la date d'effet du présent contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur.

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

Toute autre modification pourra faire l'objet d'une proposition de révision des conditions d'assurance (notamment des cotisations et/ou du montant des prestations et/ou du point de départ et de la durée d'indemnisation et/ou des conditions d'ancienneté) par l'organisme assureur au souscripteur et sera formalisée par voie de lettre-avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article 6 ci-après.

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

Les taux de cotisation pourront être également révisés en fonction des résultats techniques du contrat, ou de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la même offre de maintien de salaire dédiée à l'obligation légale ou une même convention collective, pour une même catégorie de personnel assuré, conformément à l'article 10.3.

Ⓣ Article 6 - Résiliation

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

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

Le présent contrat peut être également résilié en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 12 des présentes conditions générales.

Si le souscripteur n'applique plus l'obligation de maintien de salaire mentionnée aux conditions particulières, le contrat est résilié à la date de changement de son obligation de maintien de salaire.

CHAPITRE III DURÉE DE LA GARANTIE

Ⓣ Article 7 - Modalités et prise d'effet de la couverture maintien de salaire

Concernant l'obligation légale de maintien de salaire et pour la plupart des obligations conventionnelles de maintien de salaire, une condition d'ancienneté est requise pour pouvoir prétendre à indemnisation.

Cette condition d'ancienneté peut être différente selon la nature de l'arrêt de travail. Il se peut également que le bénéfice de la couverture maintien de salaire ne soit pas conditionné à une condition d'ancienneté préalable, notamment en cas de maladie ou d'accident d'ordre professionnel.

Dans tous les cas, l'annexe Maintien de salaire définit la condition d'ancienneté requise.

Si une condition d'ancienneté est requise, la couverture maintien de salaire prend effet :

- pour les salariés présents à l'effectif à cette date :
 - soit à la date de prise d'effet du contrat pour les salariés ayant l'ancienneté requise à cette date,
 - soit à la date à laquelle le salarié atteint l'ancienneté requise,
- pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat : à la date à laquelle le salarié atteint l'ancienneté requise,
- pour les salariés entrant dans la catégorie de personnel assuré postérieurement à la date d'effet du présent contrat :
 - soit à la date de mobilité pour les salariés ayant l'ancienneté requise à cette date,
 - soit à la date à laquelle le salarié atteint l'ancienneté requise.

Si aucune condition d'ancienneté n'est requise, la couverture maintien de salaire prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés présents à l'effectif à cette date,

• soit à compter :

- de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat,
- de sa date de mobilité, pour le salarié entrant dans la catégorie de personnel assuré au présent contrat.

Les couvertures prennent effet sous réserve de la déclaration du souscripteur à l'organisme gestionnaire dans le mois suivant la date de l'événement, et d'une prise effective des fonctions pour les salariés embauchés postérieurement la date d'effet du contrat.

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

Ⓣ Article 8 - Terme de la garantie

La garantie cesse :

- à la date de sortie du salarié de la catégorie de personnel assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du salarié, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation de son contrat de travail,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du contrat, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits.

Ⓣ Article 9 - Suspension de la garantie

La garantie Maintien de salaire prévue par le présent contrat est suspendue de plein droit dans les cas de suspension de l'obligation maintien de salaire de l'employeur.

Pour les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à suspension de l'obligation de maintien de salaire, aucune cotisation n'est due par le souscripteur.

CHAPITRE IV COTISATIONS

Ⓣ Article 10 - Base de calcul, taux et révision des cotisations

10.1. Base de calcul des cotisations

L'assiette de calcul des cotisations est constituée, dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières, de l'ensemble de la masse salariale annuelle brute versé par l'employeur aux assurés, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

On entend par :

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

10.2. Taux de cotisation

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

10.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont révisables en fonction des résultats techniques du contrat, ou de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la même offre de maintien de salaire dédiée à l'obligation légale ou une même convention collective, pour une même catégorie de personnel assurée, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 6 « révision du contrat ».

⊙ Article 11 - Conditions de paiement des cotisations

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

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

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations.

⊙ Article 12 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 15 jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'organisme assureur de poursuivre l'exécution du présent contrat en justice, après une mise en demeure adressée par l'organisme assureur au souscripteur par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

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

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

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

CHAPITRE V PRESTATIONS

⊙ Article 13 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence tel que défini en annexe(s) Maintien de salaire figurant aux conditions particulières.

⊙ Article 14 - Principe indemnitaire

Le total de la rémunération perçue par l'assuré, des indemnités servies par la Sécurité sociale, et des éventuelles prestations de prévoyance complémentaire financées par l'employeur, ne peut excéder la rémunération nette que l'assuré aurait perçu s'il avait continué à travailler.

Il appartient au souscripteur de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme gestionnaire en cas de dépassement du niveau maximum de prestation. En cas de dépassement, les prestations ou fractions de prestations indûment versées seront réclamées.

⊙ Article 15 - Risques exclus

Sont exclus de la garantie Maintien de salaire les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par le salarié assuré.

CHAPITRE VI DISPOSITIONS DIVERSES

⊙ Article 16 - Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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

⊙ Article 17 - Litiges Médicaux

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

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

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

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

⊙ Article 18 - Réclamations et litiges

Pour toute réclamation, ou tout litige, le souscripteur peut s'adresser aux services de gestion de l'organisme gestionnaire.

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

Si le litige relève de la compétence du médiateur, l'organisme assureur met à la disposition du souscripteur la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement au souscripteur, confronté à une situation litigieuse avec l'organisme assureur, non résolue après avoir tenté de résoudre le litige directement auprès de l'organisme assureur par une réclamation écrite.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par écrit en adressant la demande à l'adresse suivante :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou par internet : <https://www.mediation-assurance.org>

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

⊙ Article 19 - Organisme de contrôle

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

📌 Article 20 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Le souscripteur recueille et transmet les informations relatives aux assurés pour permettre leur couverture. Il informera les assurés que des traitements les concernant, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, et pour des opérations de prospection. Il y a également le traitement relatif à la lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

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

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

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

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

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

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles

appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

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

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

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

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

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

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

📌 Article 21 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

La garantie accordée au souscripteur par l'organisme assureur 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 l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénature par le souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

📌 Article 22 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

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

🕒 Article 23 - Territorialité

La garantie est acquise aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

En ce qui concerne l'obligation légale de maintien de salaire et conformément à l'article L1226-1 du Code du travail, les assurés doivent être soignés en France ou dans un état membre de l'Espace Economique Européen.

Les prestations de l'organisme assureur sont payées en France et en euros.

🕒 Article 24 - Dispositions relatives à la signature électronique

24.1. Objet

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

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

24.2. Définitions

Signature électronique

Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article L.1367 alinéa 2 du Code civil).

Support durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).

Tiers de confiance

Désigne le prestataire délivrant le service de signature électronique.

Représentant du souscripteur

Personne habilitée à engager la personne morale souscriptrice : représentant légal ou toute personne physique agissant en vertu d'une délégation de pouvoir de la personne morale souscriptrice.

24.3. Champ d'application

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

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

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

24.4. Modalités de la signature électronique

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

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

24.5. Horodatage

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

24.6. Force probante du document signé électroniquement

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

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

Le souscripteur et l'organisme assureur conviennent que le document signé électroniquement ne confère pas plus de droits que s'il avait été

établi, signé et conservé sur support papier.

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

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

24.7. Transmission par voie électronique

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

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

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

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

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

II - DÉFINITION DE LA GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

CHAPITRE VII OBJET DE LA GARANTIE ET OUVERTURE DES DROITS

🕒 Article 25 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet d'assurer au souscripteur la couverture de ses obligations minimales de maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, des salariés tels que définis à l'article 2, dans les conditions définies en annexe(s) Maintien de salaire.

Le souscripteur peut également choisir de souscrire, lorsqu'elle est proposée, l'option charges sociales patronales. Dans ce cas, les conditions particulières formalisent ce choix et la garantie prévoit également un remboursement forfaitaire au souscripteur des charges sociales patronales dues sur les prestations versées, à hauteur d'un montant défini aux conditions particulières, exprimé en pourcentage des prestations versées.

🕒 Article 26 - Ouverture des droits

L'ouverture des droits à la garantie est conditionnée ou non, à l'acquisition d'une ancienneté par l'assuré, définie en annexe(s) Maintien de salaire, qui peut être différente selon la nature de la maladie ou l'accident.

L'indemnisation intervient lorsque les assurés se trouvent dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie, à condition qu'ils remplissent les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles (durée d'activité salariée ou montant cotisé suffisant).

Le droit à indemnisation peut-être également subordonné au versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale. Dans ce cas, cette condition d'ouverture des droits sera formalisée à l'annexe Maintien de salaire.

Le droit à indemnisation peut-être également ouvert aux assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant. Dans ce cas, cette disposition sera mentionnée à l'annexe Maintien de salaire.

CHAPITRE VIII DURÉE DE L'INDEMNISATION

🕒 Article 27 - Point de départ l'indemnisation

Le point de départ de l'indemnisation est défini en annexe(s) Maintien de salaire, et peut-être différent selon la nature de la maladie ou l'accident.

Seuls les arrêts de travail dont la date de survenance est égale ou postérieure à la date d'effet du contrat sont pris en charge. Les arrêts de travail à indemniser au titre des obligations de maintien de salaire du souscripteur et dont la date de survenance est antérieure à la date d'effet du contrat continuent à être servis par le souscripteur, le cas échéant par l'intermédiaire d'un organisme assureur.

🕒 Article 28 - Terme de l'indemnisation

Le service de l'indemnisation prend fin à dater soit :

- du jour de l'arrivée du terme prévu en annexe(s) Maintien de salaire ;
- du jour où cesse l'obligation de maintien de salaire souscrite par l'employeur ;
- à la date de la cessation du contrat de travail de l'assuré.

🕒 Article 29 - Durée totale d'indemnisation

La durée totale d'indemnisation et la période de référence pendant laquelle s'apprécie cette durée sont définies en annexe(s) Maintien de salaire.

Lors de chaque arrêt de travail, il est tenu compte des indemnités déjà perçues par l'intéressé durant cette période, de telle sorte que, si plusieurs absences pour maladie ou accident ont été indemnisées au cours de la période, la durée totale d'indemnisation ne dépasse pas la durée à laquelle l'ancienneté de l'intéressé lui donne droit au premier jour d'absence.

CHAPITRE IX MONTANT DES PRESTATIONS

🕒 Article 30 - Conditions de prise en charge

Le montant des prestations est défini en annexe(s) Maintien de salaire, et peut-être différent selon la nature de la maladie ou l'accident, et l'ancienneté du salarié.

Si l'annexe Maintien de salaire prévoit la prise en charge des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités journalières sont versées en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

🕒 Article 31 - Limites

Les prestations sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant à l'article 33 des présentes conditions générales et, le cas échéant, du contrôle prévu à l'article 16 des présentes conditions générales.

Les congés de maternité, d'adoption ou de paternité n'ouvrent pas droit aux prestations, sauf si l'annexe Maintien de salaire prévoit une indemnisation au titre de l'un ou plusieurs de ces congés.

Si le droit à indemnisation est subordonné au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale :

- dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des

délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le présent contrat,

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

En tout état de cause, le total de la rémunération perçue par l'assuré ne saurait excéder 100 % de sa rémunération nette d'activité, conformément à l'article 14 « Principe indemnitaire ».

CHAPITRE X CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

🕒 Article 32 - Délai de déclaration et modalité de règlement

Les demandes de prestations doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le souscripteur peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs mentionnés à l'article 33.

Les prestations sont versées par l'organisme assureur directement au souscripteur, dans un délai maximum de 30 jours, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Si la durée de l'arrêt de travail en cas de maladie ou accident de la vie courante est inférieure au délai de carence de 3 jours appliqué par la Sécurité sociale, et que le point de départ de l'indemnisation de l'obligation de maintien de salaire prévu en annexe est inférieur à ce délai, les prestations sont versées par l'organisme assureur directement au souscripteur, dans un délai maximum de 30 jours, à compter de la production de la copie du certificat médical du médecin traitant de l'assuré.

Si l'annexe Maintien de salaire prévoit la prise en charge des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités sont versées par l'organisme assureur directement au souscripteur, dans un délai maximum de 30 jours, à compter de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

📄 Article 33 - Pièces justificatives à fournir

Le souscripteur peut prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de prestations signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- le décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de l'incapacité de travail ;
- les copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence ;
- en cas d'hospitalisation, une photocopie du bulletin de situation ou d'hospitalisation.
- si la durée de l'arrêt de travail en cas de maladie ou accident de la vie courante est inférieure au délai de carence de 3 jours appliqué par la Sécurité sociale, et que le point de départ de l'indemnisation de l'obligation de maintien de salaire prévu en annexe est inférieur à ce délai, la copie du certificat médical du médecin traitant de l'assuré,
- si l'annexe Maintien de salaire prévoit la prise en charge des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

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



2118011

Assureur de la garantie Maintien de salaire :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

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