



NOTICE D'INFORMATION

PRÉVOYANCE *collective*

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION OBLIGATOIRE N° MB/PREV/PRO



ASSUREZ VOS
Salariés

La Notice d'information est établie conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité sur la base du Contrat collectif et obligatoire Prévoyance souscrit par l'entreprise au profit de ses Salariés, par l'intermédiaire d'ADEP, et garanti par Mutuelle Bleue.

Cette Notice d'Information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fonctionnement des garanties souscrites par l'Entreprise Souscriptrice et dont bénéficie le Membre Participant.

La gestion du Contrat est déléguée à ADEP, votre interlocuteur, dont le centre administratif est situé CS 806 18 - 574 Route de Corneilhan - 34535 BEZIERS CEDEX.

ADEP peut être contactée au Tél. 04 67 30 72 67 - Fax 04 67 31 59 05

TITRE I

DÉFINITIONS

Article 1 : Quels sont les intervenants au Contrat ?

- le Souscripteur ou l'Entreprise Souscriptrice

Personne morale signataire du Contrat Collectif obligatoire au profit de tout ou partie de ses salariés.

- le Membre Participant :

Personne physique, salariée de l'Entreprise Souscriptrice, appartenant au personnel ou à la catégorie objective de personnel stipulée dans l'acte juridique mettant en place le régime de prévoyance « Salarié ».

- le Bénéficiaire :

Personne assurée à qui sont versées la(les) prestation(s) due(s) en cas de sinistre.

- les Ayants droit :

- o **le Conjoint** : Epoux(se) du Membre Participant non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par jugement définitif ou personne liée au Membre Participant par un Pacte Civil de Solidarité ou personne vivant maritalement avec le Membre Participant notoirement connue au moment de la survenance du risque (justificatif d'une résidence principale commune ou déclaration sur l'honneur cosignée du Membre Participant et du(de la) concubin(e)).

- o **les Enfants à charge** : Enfants du Membre Participant et ceux de son Conjoint, mineurs, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis. Ils doivent être fiscalement à la charge du Membre Participant, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que le Membre Participant déduit fiscalement de son revenu global.

Les enfants reconnus ou adoptés par le Membre Participant sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son(sa) concubin(e) ou de son(sa) partenaire lié(e) avec lui par un Pacte Civil de Solidarité.

Sont également concernés les enfants de moins de vingt-huit (28) ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de vingt (20) ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants ;
- qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC mensuel ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire ;
- qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont 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, et sont fiscalement à charge du Membre Participant.

- o **les Personnes à charge** : Autres personnes (ascendants, descendants, collatéraux...) reconnues à charge du Membre Participant par l'Administration fiscale pour le calcul du quotient familial ou pour lesquelles le Membre Participant déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

Article 2 : Quels sont les Accidents pouvant être couverts ?

- l'Accident

Toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part du Membre Participant, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

- l'Accident du travail

Toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part du Membre Participant, survenue par le fait ou à l'occasion du travail (articles L. 411-1 et L. 411-2 du Code de la Sécurité sociale) et reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

- l'Accident de la circulation

Toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, dans laquelle est impliqué un véhicule terrestre à moteur, même à l'arrêt, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, à l'exclusion des chemins de fer et tramways circulant sur des voies propres.

Article 3 : Qu'est-ce qu'une franchise ?

La franchise s'entend comme un période d'arrêt continue se situant entre le début de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie fixé

aux Conditions particulières.

La franchise continue (également appelée franchise absolue) s'apprécie pour chaque nouvel arrêt, sauf cas de rechute constatée dans les trois (3) mois.

Lorsqu'un Membre Participant peut justifier d'une hospitalisation pour maladie ou accident, pour une durée supérieure à trois (3) jours ou d'un arrêt de travail consécutif à un accident, la franchise continue initiale peut être raccourcie à trois (3) jours, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties (Rachat de franchise).

La 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°) et 4°) et L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale).

Les franchises sont applicables uniquement dans le cadre des garanties arrêt de travail.

Article 4 : Quels risques d'arrêt de travail peuvent-ils être couverts ?

Incapacité Temporaire Totale de travail

Le Membre Participant est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, reconnue par une autorité médicale compétente et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, et ce avant son départ ou sa mise en retraite.

Invalidité ou Incapacité Permanente

Le Membre Participant est considéré en état d'Invalidité ou d'Incapacité Permanente lorsqu'au terme de la période d'Incapacité Temporaire Totale il est reconnu, par une autorité médicale compétente, dans l'impossibilité totale ou partielle, suite à une Maladie ou à un Accident, d'exercer sa profession ou une profession acceptable compte tenu de ses expériences, de ses compétences et de son statut social et ce d'une façon permanente, entraînant le classement par la Sécurité sociale dans l'une des catégories suivantes :

- **1^{ère} catégorie d'invalidité** : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée : l'invalidité que présente le Membre Participant doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain. Si l'incapacité permanente résulte d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle prise en charge à ce titre par la Sécurité sociale, le taux d'incapacité permanente partielle doit être au moins égal à 33% et inférieur à 66%.
- **2^e catégorie d'invalidité** : Invalides totalement incapables d'exercer une profession quelconque procurant profit ou gain : l'invalidité que présente le Membre Participant doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain. Si l'incapacité permanente résulte d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle prise en charge à ce titre par la Sécurité sociale, le taux d'incapacité permanente totale doit être au moins égal à 66%.
- **3^e catégorie d'invalidité** : Invalides totalement incapables d'exercer une activité quelconque procurant profit ou gain : l'invalidité que présente le Membre Participant doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain. Il doit être absolument incapable d'exercer une profession quelconque et, en outre, il doit être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Si l'incapacité permanente résulte d'un Accident du travail ou d'une maladie professionnelle prise en charge à ce titre par la Sécurité sociale, le taux d'incapacité permanente totale doit être au moins égal à 66% et le Membre Participant doit, en outre, être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- tout Membre Participant ayant bénéficié d'un classement dans la 3^e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale) ;
- toute personne bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente par une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

TITRE II

GARANTIES Voir annexe A

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 5 : Qui adhère et bénéficie des garanties ?

La souscription des garanties Prévoyance est le fait de l'Entreprise Souscriptrice ; l'affiliation est réservée aux personnes physiques, salariées de l'Entreprise Souscriptrice, appelées Membres Participants, qui résident et exercent une activité en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-Mer.

Article 6 : Quand les garanties débutent-elles ?

Les garanties sont acquises aux Membres Participants dans les conditions suivantes et sous réserve de l'ancienneté mentionnée dans l'acte juridique instituant le régime de prévoyance :

- à la date d'effet précisée du Contrat collectif pour les Membres Participants présents dans l'Entreprise à la date d'adhésion,
- à la date de prise effective du travail pour les Membres Participants embauchés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, date qui sera également portée sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 7 : Quand les garanties cessent-elles ?

À l'égard de chaque Membre Participant, les garanties cessent :

- soit à la date à laquelle le Membre Participant est radié des listes du personnel couvert par le présent Contrat ou ne perçoit plus de salaire, sauf s'il bénéficie du maintien des garanties (article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale) dont les conditions de mise en œuvre sont prévues au Titre VI de la présente Notice d'Information,
- soit à la date de résiliation du Contrat, sous réserve des dispositions prévues aux articles 21.5 et 28 de la présente Notice d'Information,
- soit au décès du Membre Participant ou au plus tard, le 31 décembre de l'année du décès du Membre Participant pour les garanties « Double effet » et « Rente orphelin »,
- en cas de non-paiement de la cotisation, selon les dispositions prévues à l'article 18 de la présente Notice d'Information.

À l'égard des autres Bénéficiaires les garanties cessent :

- à la date de cessation des garanties du Membre Participant (hors Rente de conjoint, éducation, orphelin, sous conditions),
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaire.

Article 8 : Dans quel cas les garanties peuvent-elles être suspendues ?

En cas de suspension du contrat de travail, les garanties souscrites peuvent être maintenues conformément à la réglementation en vigueur s'agissant des Contrats à adhésion obligatoire.

À défaut de maintien, la suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par le Membre Participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que Mutuelle Bleue en soit informée dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension des garanties, les cotisations correspondantes ne sont pas dues à Mutuelle Bleue.

Les demandes de prestations survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Article 9 : Quels sont les délais de prescription ?

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq (5) ans en cas d'incapacité de travail.

Toutefois, ces délais ne courent :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où Mutuelle Bleue en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre Mutuelle Bleue a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le Membre Participant et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit du Membre Participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2° ci-avant, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre Participant.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une Lettre Recommandée avec Avis de Réception adressée par Mutuelle Bleue à l'Assuré(e), en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré(e), le Bénéficiaire ou l'ayant droit à Mutuelle Bleue, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code de procédure civile d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Article 10 : Quelles sont les règles en matière d'informatique et libertés ?

Les informations concernant le Membre Participant collectées au titre des Bulletins Individuels d'Affiliation sont nécessaires à la gestion du régime de prévoyance. Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et ADEP en tant que responsable du traitement, et éventuellement à un partenaire et/ou à un réassureur de Mutuelle Bleue.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales.

Mutuelle Bleue et l'ADEP prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004, le Membre Participant ou le Bénéficiaire peuvent demander communication ou rectification de toute information le concernant. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant. Il peut exercer ces droits en s'adressant à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34564 BÉZIERS.

Article 11 : Quelles sont les règles en matière d'opposition au démarchage téléphonique ?

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à :
Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'ADEP de joindre téléphoniquement le Membre participant dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Article 12 : Comment formuler une réclamation ?

Pour toute réclamation concernant le Contrat, l'Entreprise souscriptrice, le Salarié ou le Bénéficiaire, peut d'abord consulter le correspondant d'ADEP.

Si sa réponse ne le satisfait pas, ils peuvent adresser leur réclamation :

- En première instance : au service Prévoyance au 04 67 30 72 67 ;
- En cas de difficultés persistantes : au Service Satisfaction Clients, 574 Route de Corneilhan – CS 80618 – 34535 Béziers Cedex ;

ADEP s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En dernier recours, si après épuisement de toutes les procédures internes d'ADEP, un désaccord subsiste, et que le Salarié ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, ils auront toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :

Article 13 : Mutuelle Bleue est-elle subrogée dans vos droits ?

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, se réserve tout droit de subrogation contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des sommes versées par elle en application du Contrat, dans les conditions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité ou Incapacité Permanente.

Article 14 : Quelles sont les conséquences en cas de fausses déclarations ?

ADEP évalue le risque sur la base des déclarations du Souscripteur et du Membre Participant. Toute réticence ou fausse déclaration de la part du Souscripteur ou du Membre Participant qui change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour ADEP, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, peut entraîner la nullité de la garantie accordée au Souscripteur, voire la résiliation du Contrat. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à ADEP.

Article 15 : Quelles sont les règles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ?

Mutuelle Bleue et l'ADEP s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

À ce titre, elles sont tenues de déclarer auprès de l'autorité compétente toute somme ou opération qui pourrait provenir d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou qui pourrait participer au financement du terrorisme.

Article 16 : À quel organisme de contrôle Mutuelle Bleue et l'ADEP sont-elles soumises ?

Mutuelle Bleue et l'ADEP exercent leur activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

TITRE IV

COTISATIONS

Article 17 : Comment les cotisations sont-elles calculées ?

La base de calcul des cotisations correspond au montant des salaires bruts des Membres Participants tel qu'il est déclaré par le Souscripteur. La base de calcul inclut tous les salaires, même partiels, versés aux Membres Participants qu'ils soient ou non en arrêt de travail.

Le montant des cotisations résulte du produit des taux de cotisations fixés aux Conditions Particulières du Contrat et de la base de calcul des cotisations.

Article 18 : Comment les cotisations sont-elles payées ?

La répartition du coût des cotisations entre le Souscripteur et les Membres Participants est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives.

Les cotisations annuelles sont payables trimestriellement à terme échu, dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance mentionnée sur le bordereau d'appel des cotisations. Le paiement de la cotisation peut s'effectuer notamment par chèque ou par virement bancaire.

L'Entreprise Souscriptrice est seule responsable du paiement des cotisations des Membres Participants ayant adhéré de manière obligatoire au présent Contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

Article 19 : Quelles sont les conséquences en cas de défaut de paiement des cotisations ?

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant leur échéance, ADEP adressera à l'employeur une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement.

ADEP pourra suspendre les garanties dans un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de cette mise en demeure. Les garanties seront résiliées dans un délai de dix (10) jours à compter de l'expiration du délai précité.

ADEP informera chaque Membre Participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'employeur. Le Membre Participant pourra se substituer à ce dernier pour le paiement des cotisations.

TITRE V

PRESTATIONS

Article 20 : Comment sont établies les bases de calcul des prestations ?

Le salaire de référence servant au calcul des prestations garanties est égal au salaire des douze (12) derniers mois précédant la réalisation du risque.

On entend par salaire, la rémunération brute définie comme assiette de la taxe sur les salaires par le Code Général des Impôts et servant d'assiette aux cotisations retraite.

Le salaire de référence comprend éventuellement les primes régulièrement perçues au cours de l'année (13^{ème} mois, prime de vacances...) à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Si l'indemnité journalière ou la rente est versée directement au Salarié, on entend par salaire, la rémunération nette imposable telle que définie par le Code Général des Impôts pour l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques.

Pour les Salariés nouvellement embauchés et n'ayant pas accompli douze (12) mois de travail effectif, la base de calcul des garanties sera déterminée à partir des rémunérations constatées depuis la date d'embauche.

En ce qui concerne les Salariés n'ayant pas accompli pour cause de Maladie ou d'Accident une année de travail complète durant la période de référence, la reconstitution de la rémunération annuelle sera déterminée à partir de la rémunération partielle perçue et de la revalorisation des rentes et pensions de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse depuis le jour de l'arrêt de travail en cours.

Cette reconstitution sera effectuée sur la base d'un relevé détaillé des périodes d'arrêt et des éléments constitutifs des rémunérations correspondant à ces périodes. Ces éléments seront fournis par l'Entreprise souscriptrice avec la demande de prestations à ADEP.

Article 21 : Garantie Capital Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

21.1. Objet des garanties

En cas de décès du Salarié à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, avant sa mise ou départ à la retraite, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'un capital au profit d'un ou plusieurs Bénéficiaires, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties figurant à l'Annexe A des présentes.

Le capital peut être versé de façon anticipée au Salarié en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de celui-ci.

Dans ce dernier cas, le droit à la prestation est subordonné au classement définitif du Salarié en 3^{ème} catégorie d'invalidité et à la fourniture de la preuve de l'assistance d'une tierce personne dans la vie de tous les jours.

Le capital décès peut être majoré en fonction de la situation familiale du Salarié (Conjoint, Enfant ou Personne à charge au sens de l'article 2), suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

La situation familiale prise en compte pour le versement des prestations est celle constatée au moment du décès ou de la notification par la Sécurité sociale du classement en 3^{ème} catégorie d'invalidité donnant lieu à la reconnaissance par ADEP de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas d'Accident ou d'Accident de la circulation survenu avant la mise ou départ à la retraite du Salarié provoquant son décès ou une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans les six (6) mois, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'un capital supplémentaire, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le droit à la prestation est subordonné au classement définitif du Salarié en 3^{ème} catégorie d'invalidité et à la fourniture de la preuve de l'assistance d'une tierce personne dans la vie de tous les jours.

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Conjoint, simultanément ou postérieurement, au cours du même exercice civil, au décès ou à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Salarié, survenu avant son départ ou sa mise en retraite, ADEP garantit le versement d'un capital supplémentaire, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties. Les Bénéficiaires de ce capital sont ceux désignés par le Salarié pour le capital décès.

En cas de décès du Conjoint survenant avant celui du Salarié, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'un capital au Salarié lui-même, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

21.2. Bénéficiaires

Le Bénéficiaire doit être désigné lors de l'adhésion.

Les prestations dues seront versées par priorité :

- au Bénéficiaire désigné ;
- à défaut au Bénéficiaire de deuxième rang ;
- à défaut aux Bénéficiaires subsidiaires successifs par ordre de désignation.

La désignation d'un ou des Bénéficiaire(s) peut se faire dans le Bulletin Individuel d'affiliation dans l'encadré prévu à cet effet. Le Salarié peut également effectuer sa désignation par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé ou acte authentique séparé (par exemple par testament déposé chez un notaire).

L'attention du Salarié est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause Bénéficiaire, notamment en termes d'identité du Bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un Bénéficiaire subséquent notamment en cas de décès du Bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant

le Bénéficiaire désigné ne permettaient pas à ADEP d'identifier ce dernier.

Toute désignation de Bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance d'ADEP ne sera pas opposable.

La clause Bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire n'a pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit, le Salarié peut modifier à tout moment, par voie d'avenant, le libellé de la clause bénéficiaire définie lors de l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

L'attention du Salarié est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. Ce qui signifie que son accord devient indispensable si le Salarié souhaite lui substituer quelqu'un ou effectuer le rachat de son contrat.

L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé d'ADEP, du Salarié et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé du Salarié et du Bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de Mutuelle Bleue que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

A défaut de désignation expresse de Bénéficiaire(s) ou si la désignation est caduque ou sans effet, les capitaux en cas de décès de l'Assuré(e) sont versés :

- au conjoint survivant du Salarié, non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel le Salarié est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants du Salarié, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants du Salarié, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux frères et sœurs du Salarié par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers du Salarié, selon la dévolution successorale.

21.3. Conditions de versement des prestations

► En cas de décès du Salarié, ADEP doit être informée dans les plus brefs délais.

Le ou les Bénéficiaire(s) est (sont) tenu(s) de produire à ADEP toutes justifications que celle-ci estimera nécessaires, tant sur les circonstances du décès que sur ses causes. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge du Bénéficiaire. Les prestations dues par ADEP sont payables exclusivement par virement sur le compte bancaire ou postal du ou des Bénéficiaire(s) ou de son représentant légal, après justification de sa qualité, et après remise, notamment, des pièces suivantes :

- la demande de prestations « Capital décès » complétée par l'Entreprise souscriptrice,
- un extrait de l'acte de décès du Salarié mentionnant sa date de naissance,
- un certificat médical mentionnant la cause du décès à retourner au Médecin Conseil de ADEP, sous pli confidentiel,
- la justification des charges de famille selon le capital décès demandé (photocopie d'une pièce d'identité du ou des Bénéficiaires, copie intégrale du livret de famille, extrait d'acte de naissance, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.),
- les photocopies des bulletins de salaire des douze (12) mois précédant celui du décès,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s) ou de son représentant légal.

► En cas de décès du Conjoint :

Le Bénéficiaire est tenu de fournir :

- les mêmes pièces qu'en cas de décès du Salarié.

► En cas de décès accidentel :

Le ou les Bénéficiaire(s) est (sont) tenu(s) de fournir :

- les mêmes pièces qu'en cas de décès du Salarié,
- un certificat médical établissant la cause accidentelle du décès à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel,
- le rapport de police ou toute pièce permettant d'établir la cause accidentelle.

► En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

Les sommes dues en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont versées sur remise des pièces suivantes :

- la demande de prestations «Capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie» complétée par l'Entreprise souscriptrice,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale,
- un certificat médical attestant que le Salarié ou le Conjoint, en cas de Garantie Double effet, est définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un travail et qu'il a besoin à titre définitif d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel,
- un certificat médical précisant l'origine et la nature de l'invalidité, la date de constatation médicale de la Maladie ou de la survenance de l'Accident entraînant l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel du Salarié ou du Conjoint en cas de Garantie Double effet, à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel,
- si l'invalidité est consécutive à un Accident, le rapport de police, ou toute pièce attestant des causes et du caractère accidentel de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- les photocopies des bulletins de salaire des douze (12) mois précédant l'arrêt de travail.

Revalorisation post mortem :

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès du Membre participant (ou, le cas échéant de son Conjoint) et en

l'absence de demande de versement du capital par le(s) Bénéficiaire(s), ou en l'absence de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, le capital garanti est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation intervient à compter du décès du Membre participant (ou, le cas échéant de son Conjoint), jusqu'à la réception des pièces mentionnées ci-dessus, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

Les intérêts issus de la période de revalorisation définie ci-dessus seront calculés selon une capitalisation journalière basée sur la méthode des intérêts composés. Ladite méthode repose sur le fait que les intérêts crédités quotidiennement portent eux-mêmes intérêts tout comme le capital d'origine. Les taux de revalorisation sont définis annuellement selon le principe suivant :

En application de l'article R. 223-9 du Code de la mutualité, ce taux de revalorisation ne pourra être inférieur au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédant le décès ;
- ou, le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédant le décès.

21.4. Cessation des prestations

Le versement en capital, qu'il soit la conséquence d'un décès par Accident, par Maladie ou d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met définitivement fin aux garanties en capital, excepté la garantie «Double effet» qui s'éteint à la fin de l'exercice civil au cours duquel est intervenu le décès du Salarié.

Le versement du capital Décès en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met définitivement fin à la garantie décès en capital.

21.5. Maintien des garanties Décès

En cas de résiliation du Contrat, la garantie Décès est maintenue jusqu'à l'âge de départ à la retraite aux Bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'indemnités journalières versées par ADEP, complémentaires à la rente ou aux indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

Si un Membre Participant est atteint d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ou assimilées, au sens de l'article 2, les garanties en cas de décès au jour de l'arrêt de travail lui sont maintenues, y compris en cas de résiliation du présent Contrat. Dans ce dernier cas, elles sont maintenues au niveau atteint à la date de la résiliation du présent Contrat, sous réserve que le capital au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'ait pas été versé ou demandé.

Pour bénéficier du maintien des garanties, le Souscripteur, à défaut le Salarié, doit aviser ADEP, de l'arrêt de travail dans les trois (3) mois de sa survenance et fournir un certificat médical indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident à l'origine de l'arrêt de travail, la date et la durée probable de ce dernier. Ce certificat médical est à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel.

Sous peine de déchéance ou de suspension des garanties, le Souscripteur, à défaut le Membre Participant, devra fournir à ADEP les pièces justificatives prévues à l'article 26.3.

Article 22 : Garantie Allocation Obsèques

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

22.1. Objet de la garantie

En cas de décès du Salarié avant sa mise ou départ à la retraite, de son Conjoint ou de ses Enfants à charge, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit, au profit de la personne qui les a effectivement payées, le remboursement des dépenses affectées au financement des services et prestations funéraires conformément au tableau des garanties.

Le montant de l'allocation obsèques est exprimé en pourcentage du PMSS.

22.2. Bénéficiaires

Les Bénéficiaires de la prestation sont les personnes physiques ayant réglé les frais d'obsèques concernés par la garantie et mentionnées sur la facture des pompes funèbres.

L'attention du Salarié est attirée sur le fait que l'Allocation Obsèques ne peut être utilisée, à concurrence du coût des obsèques, à la convenance du Bénéficiaire, et donc à des fins étrangères au financement des obsèques. Le solde du capital assuré éventuellement restant sera versé à la personne désignée par le Salarié.

L'attention du Salarié est également attirée sur le fait que l'Allocation Obsèques, versée au(x) Bénéficiaire(s), est susceptible d'être insuffisante pour couvrir les frais d'obsèques.

Le(s) bénéficiaire(s) du solde du capital éventuellement restant est(sont) celui(ceux) désigné(s) par le Salarié pour le bénéfice du capital décès dans les conditions de l'article 21.2

22.3. Conditions de versement des prestations

Les sommes dues au titre de l'Allocation Obsèques sont versées sur remise des pièces suivantes :

- la demande de prestations complétée par l'Entreprise souscriptrice,
- l'acte de décès du Salarié, de son Conjoint ou des Enfants à charge,
- un certificat médical précisant la cause du décès à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel,
- la facture correspondant aux frais d'obsèques comportant la mention « acquittée ». La garantie ne comprend aucune prestation funéraire ni de possibilité de désignation d'un opérateur funéraire en qualité de Bénéficiaire.

ADEP attire l'attention du Salarié sur le fait qu'elle dispose du délai d'un (1) mois pour verser l'Allocation Obsèques, à compter de la réception des pièces justificatives, la ou les personnes ayant effectivement payé les services et prestations funéraires pouvant percevoir le montant de la garantie après les funérailles.

Cette garantie est limitée aux frais réellement déboursés, déductions faites des autres remboursements ou des paiements issus de garanties obsèques souscrites auprès d'autres assureurs. L'attention du Salarié est attirée sur le fait que le montant de l'Allocation Obsèques peut être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques.

L'Allocation Obsèques sera versée sous réserve des exclusions prévues au présent Contrat au même titre que les différentes garanties.

Dans tous les cas ci-dessus, ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif.

Article 23 : Garantie Rente de Conjoint

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

23.1. Objet de la garantie

En cas de décès du Salarié survenu avant son départ ou sa mise à la retraite, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'une rente temporaire et/ou viagère, au Conjoint survivant du Salarié, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

La rente temporaire est versée tant que le Conjoint ne bénéficie pas de la pension de réversion des régimes de retraite complémentaire ARRCO ou AGIRC du Salarié décédé.

La rente viagère est versée tant que le Conjoint bénéficiaire est en vie.

23.2. Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la Rente de conjoint est le Conjoint survivant du Salarié, tel que défini à l'article 2.

23.3. Conditions de versement des prestations

La Rente de conjoint due par ADEP sera réputée acquise par le Bénéficiaire, après justification de sa qualité de Bénéficiaire et remise des pièces conditionnant le versement de la garantie Décès (cf. article 21.3) ainsi que des pièces complémentaires suivantes :

- l'attestation des régimes de retraite complémentaires obligatoires,
- la copie intégrale de l'acte de naissance du Conjoint bénéficiaire,
- un relevé d'identité bancaire du Conjoint bénéficiaire.

Pendant le service de la Rente de conjoint, le Bénéficiaire devra annuellement produire tout document officiel établissant la qualité de Conjoint bénéficiaire :

- le dernier avis d'imposition,
- une attestation de non bénéfice de pension de réversion,
- une attestation de non mariage, concubinage ou PACS. ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif pour la mise en service et la poursuite de la Rente de conjoint.

23.4. Modalités de versement

La Rente de conjoint prend effet le jour suivant le décès du Salarié.

Elle est versée à l'échéance de chaque trimestre civil. Pour le premier versement, elle est versée au prorata temporis entre le jour suivant le décès du Salarié et la fin du trimestre civil en cours.

La rente temporaire, versée tant que le Conjoint ne bénéficie pas de la pension de réversion des régimes de retraite complémentaires ARRCO ou AGIRC cesse :

- le jour précédant la date de liquidation des droits à pension de réversion du régime de retraite ;
- le jour précédant la date de remariage, concubinage ou PACS du Conjoint ;
- le jour précédant la date anniversaire des cinquante-cinq (55) ans du Conjoint.

La rente viagère cesse au dernier jour du trimestre civil précédant le décès du Conjoint bénéficiaire.

En cas de résiliation du présent Contrat, la Rente de conjoint continuera à être servie sur la base du dernier montant payé.

Article 24 : Garantie Rente Éducation

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

24.1. Objet de la garantie

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Salarié survenu avant son départ ou sa mise à la retraite, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'une rente temporaire à chaque Enfant à charge né ou à naître du Salarié au jour de son décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par ADEP suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

Dans le cas de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le droit à la prestation est subordonné au classement définitif du Salarié en 3^{ème} catégorie d'invalidité et à la fourniture de la preuve de l'assistance d'une tierce personne dans la vie de tous les jours.

En cas d'Enfants à charge de moins de vingt-huit (28) ans à la date du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Salarié par le Médecin conseil d'ADEP, qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont 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, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit le versement d'une rente viagère, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

24.2. Bénéficiaires

Le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) l'(es) Enfant(s) à charge (tels que définis à l'article 2) né(s) ou à naître à la date du décès du Salarié ou à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par ADEP.

24.3. Conditions de versement des prestations

La Rente éducation due par Mutuelle Bleue sera réputée acquise par le ou les Bénéficiaire(s), après justification de sa qualité de Bénéficiaire et remise des pièces conditionnant le versement de la garantie Capital Décès – Perte Totale et Irréversible ainsi que des pièces complémentaires suivantes :

- un justificatif de la poursuite des études le cas échéant (certificat de scolarité, attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants, copie du contrat de formation en alternance)
- l'extrait de la délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs des enfants mineurs ou majeurs incapables.

Pendant le service de la Rente éducation, le ou les Bénéficiaire(s) devra (ont) annuellement produire les pièces suivantes :

- un justificatif de scolarité,
- son (leur) dernier avis d'imposition ou celui de la personne le déclarant fiscalement.

ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif pour la mise en service et la poursuite du versement de la Rente éducation.

24.4. Modalités de versement

La Rente éducation prend effet le jour suivant le décès ou la notification de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du salarié.

Elle est versée à l'échéance de chaque trimestre civil. Pour le premier versement, elle est versée au prorata temporis entre le jour suivant le décès ou la notification de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Membre Participant et la fin du trimestre civil en cours.

La Rente éducation cesse :

- au dernier jour du trimestre civil précédant le décès du Bénéficiaire,
- à la date de fin de la scolarité du Bénéficiaire,
- le jour précédant le 18^e anniversaire du bénéficiaire, en cas d'arrêt des études,
- le jour précédant le 28^e anniversaire du Bénéficiaire, en cas de poursuite des études.

La rente est versée à chaque Bénéficiaire ou à son représentant légal s'il est mineur ou majeur incapable.

En cas de résiliation du présent Contrat, la Rente éducation continuera à être servie sur la base du dernier montant payé.

Article 25 : Garantie Rente Orphelin

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

25.1. Objet de la garantie

En cas de décès du Salarié avant sa mise ou départ à la retraite, et de son Conjoint au cours du même exercice civil, une rente temporaire est versée aux Enfants à charge nés ou à naître du Salarié au jour de son décès, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

25.2. Bénéficiaires

Le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) l'(les) Enfant(s) à charge né(s) ou à naître au jour du décès du Membre Participant, tels que définis à l'article 2.

25.3. Conditions de versement des prestations

La rente temporaire sera réputée acquise par le ou les Bénéficiaire(s), après justification de sa (leur) qualité de Bénéficiaire et remise des pièces conditionnant le versement de la garantie Décès ainsi que des pièces complémentaires suivantes :

- un justificatif de la poursuite des études le cas échéant (certificat de scolarité, attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants, copie du contrat de formation en alternance),
- un certificat médical précisant la cause du décès du Conjoint à retourner au Médecin Conseil de ADEP, sous pli confidentiel. Pendant le service de la Rente orphelin, le ou les Bénéficiaire(s) devra (ont) annuellement produire les pièces suivantes :
 - o un justificatif de scolarité,
 - o son (leur) dernier avis d'imposition ou celui de la personne le déclarant fiscalement. ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif pour la mise en service et la poursuite de la Rente orphelin.

25.4. Modalités de versement

La Rente orphelin prend effet le jour suivant le décès du dernier survivant entre le Salarié et son Conjoint.

Elle est versée à l'échéance de chaque trimestre civil. Pour le premier versement, elle est versée au prorata temporis entre le jour suivant le décès du dernier survivant entre le Salarié et son Conjoint et la fin du trimestre civil en cours.

La Rente orphelin cesse :

- au dernier jour du trimestre civil précédant le décès du Bénéficiaire,
- le jour précédant la date d'atteinte de la majorité du Bénéficiaire, sauf poursuite des études,
- le jour de la date de fin de scolarité du Bénéficiaire,
- le jour précédant le 28^e anniversaire du Bénéficiaire.

La rente est versée à chaque Bénéficiaire ou à son représentant légal s'il est mineur ou majeur incapable.

En cas de résiliation du présent Contrat, la Rente orphelin continuera à être servie sur la base du dernier montant payé.

Article 26 : Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

26.1. Objet de la garantie

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a pour objet le versement d'indemnités journalières au Salarié, se trouvant dans l'impossibilité totale et temporaire d'exercer sa profession à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, reconnue par une autorité médicale compétente, en complément des indemnités de la Sécurité sociale et de celles prévues par la convention collective de l'Entreprise souscriptrice, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

26.2. Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de cette garantie est le Salarié lui-même.

26.3. Conditions de versement des prestations

Le paiement des indemnités journalières est acquis au Bénéficiaire, sous réserve de la transmission à ADEP des justificatifs suivants :

- la demande de prestations complétée par l'Entreprise souscriptrice,
- la copie de l'arrêt de travail initial et de ses éventuelles prolongations,
- le ou les bulletin(s) d'hospitalisation si l'option «rachat de franchise» a été souscrite,
- les volets de décomptes des indemnités journalières de la Sécurité sociale attestant leur paiement,
- le certificat médical précisant le début de l'affection, la cause, la nature et la durée probable de l'arrêt de travail à retourner au Médecin Conseil d'ADEP, sous pli confidentiel,
- le rapport de police, ou toute pièce attestant du caractère accidentel de l'arrêt de travail,
- la photocopie des douze (12) derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail.

ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif au cours du règlement des indemnités journalières.

26.4. Modalités de versement

Les indemnités journalières sont versées après un délai de franchise précisé dans le tableau de garanties figurant au Titre II. La 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 (articles L. 160-14, 3^e) et 4^e) et L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale).

Les indemnités sont versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale. ADEP ne verse aucune indemnité pendant les congés de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maternité, ainsi qu'en cas de mi-temps thérapeutique.

Leur montant est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365. Les indemnités journalières sont payables mensuellement à terme échu à l'Entreprise souscriptrice qui se charge du reversement au Membre Participant tant que le contrat de travail de celui-ci est en vigueur.

Après rupture du contrat de travail, l'indemnité est versée directement à l'ancien Salarié. Le service des prestations peut être suspendu pendant la procédure d'expertise médicale prévue à l'article 30.

En cas de résiliation du présent Contrat ou de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, les indemnités journalières en cours de service continueront à être versées sur la base de la dernière prestation.

Le cumul des prestations et salaires ou revenus d'activité et assimilés, correspondant à ceux réglés par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme de prévoyance et par l'Entreprise souscriptrice, ne saurait être supérieur au salaire net que le Salarié aurait perçu s'il avait continué à travailler.

Le cas échéant, les indemnités versées par ADEP seraient réduites à due proportion, voire supprimées.

Le paiement des indemnités journalières cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation au titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale,
- à la mise ou au départ à la retraite du Salarié,
- à la date de la liquidation effective de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, prévue par le Code de la Sécurité sociale,
- à la suite d'un contrôle médical qui établirait un arrêt de travail non justifié médicalement,
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude,
- en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet,
- en tout état de cause, la période de paiement ne peut, pour une même affection, excéder le terme du 36^e mois suivant la date d'arrêt de travail continu.

Article 27 : Garantie Invalidité – Incapacité Permanente

Vous bénéficiez de cette garantie si cette dernière a été souscrite par votre employeur.

Reportez-vous à votre feuillet de prestations Annexe A des présentes.

27.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une rente en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente partielle ou totale du Salarié, en complément d'une rente ou d'une pension servie par la Sécurité sociale, suivant les conditions définies dans le tableau des garanties.

Le niveau des prestations versées est défini dans le tableau des garanties figurant au Titre II.

27.2. Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de cette garantie est le Salarié lui-même.

27.3. Conditions de versement des prestations

Le paiement de la rente d'Invalidité ou d'Incapacité Permanente partielle ou totale est acquis au Bénéficiaire, sous réserve de la transmission à ADEP des justificatifs suivants :

- la demande de prestations complétée par l'Entreprise souscriptrice ;
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale ;
- un certificat médical précisant l'origine, la nature, la date de début et le caractère permanent de l'invalidité ou de l'incapacité à retourner au Médecin Conseil de ADEP sous pli confidentiel ;
- la justification de l'assistance d'une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires de la vie en cas d'invalidité permanente de 3^{ème} catégorie reconnue par la Sécurité sociale ;
- le cas échéant, les justificatifs d'Enfants à charge au sens des présentes Conditions générales ;
- les photocopies des bulletins de salaire des douze (12) mois précédant celui de l'arrêt de travail ;
- l'attestation de paiement Pôle Emploi, le cas échéant ;
- le récépissé de paiement de la pension ou de la rente de la Sécurité sociale (document à fournir également tous les trimestres) ;
- le dernier avis d'imposition du Bénéficiaire.

ADEP se réserve le droit de demander tout autre justificatif au cours du règlement de la rente.

27.4. Modalités de versement

La rente prend effet le jour de la notification de l'invalidité ou de l'incapacité permanente du Salarié par la Sécurité sociale.

Elle est versée à l'échéance de chaque trimestre civil. Pour le premier versement, elle est versée au prorata temporis entre le jour de la notification et la fin du trimestre civil en cours.

Le montant de la rente versée par ADEP est déterminé en fonction de la catégorie notifiée par la Sécurité sociale et définie à l'article 4 des présentes Conditions générales (1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité).

En cas de résiliation du présent Contrat ou de la garantie Invalidité – Incapacité Permanente, la rente en cours de service continuera à être servie sur la base du dernier montant payé. Elle pourra toutefois être révisée en cas de changement de catégorie d'invalidité consécutif à l'évolution de l'affection indemnisée par ADEP.

En aucun cas, une rente d'invalidité de 2^{ème} et de 3^{ème} catégorie et des indemnités journalières ne peuvent être versées simultanément. Le service des prestations est suspendu pendant la procédure d'expertise médicale prévue à l'article 30.

Si le Salarié invalide exerce une activité professionnelle et si la Sécurité sociale lui verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, la rente versée par ADEP sera limitée à la différence entre la base de calcul des prestations revalorisées et le cumul de la rente versée par la Sécurité sociale et du salaire du Salarié ou des indemnités payées par le régime Pôle emploi. Cessation des prestations

Le paiement de la rente cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'invalidité ou de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- à la suite d'un contrôle médical qui établirait une invalidité ou une incapacité permanente non justifiée médicalement.

Article 28 : Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

Il est créé un fonds destiné à revaloriser la base des prestations assurées ou servies par Mutuelle Bleue au titre des garanties ci-après :

- Rente de conjoint ;
- Rente éducation ;
- Rente orphelin ;
- Rente d'Invalidité ou d'Incapacité Permanente.

Financement du fonds

Le fonds de revalorisation est alimenté annuellement par une quote-part égale à 10% maximum du solde positif du compte de résultat. Ce fonds ne peut atteindre ou dépasser la plus grande des deux valeurs suivantes :

- 15% du chiffre d'affaires généré par les garanties visées dans le présent article ;
- 50% des provisions techniques s'y rattachant.

Fonctionnement du fonds

La revalorisation des prestations assurées est déterminée en fonction de l'évolution des deux (2) dernières valeurs du point de retraite AGIRC

précédant l'exercice d'application de chaque revalorisation annuelle. Elle prend effet au 1^{er} avril de chaque exercice.

La revalorisation ne pourra intervenir que dans la limite des possibilités financières du fonds de revalorisation. Pour ce faire, le rapport précité sera éventuellement affecté d'un coefficient de pondération au plus égal à l'unité.

En cas de résiliation du Contrat par l'Entreprise Souscriptrice, les revalorisations ultérieures cessent d'être appliquées, sauf si la résiliation est due à la disparition de l'Entreprise Souscriptrice pour une cause autre que la fusion ou l'absorption.

Article 29 : Quelles sont les conditions de maintien des garanties Décès, Rente de conjoint, Rente éducation et Rente orphelin en cas d'arrêt de travail ?

Tout Membre Participant en arrêt de travail pour cause de Maladie ou d'Accident continue à bénéficier des garanties Décès en capital, y compris en cas d'Accident, des garanties Rente de conjoint, Rente éducation et Rente orphelin et ce, au-delà de l'éventuelle résiliation du présent Contrat.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'arrêt de travail par la Sécurité sociale,
- à la date à laquelle le Membre Participant ne remplit plus les conditions nécessaires au bénéfice des prestations arrêt de travail prévues par le présent Contrat,
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale.

Article 30 : Quelles sont les modalités du contrôle médical et de l'arbitrage ?

Dans tous les cas et à toute époque, les médecins et collaborateurs habilités d'ADEP ont libre accès auprès de tout Bénéficiaire pour vérifier, le cas échéant, si les dossiers soumis ne sont pas visés par les exclusions mentionnées au Contrat. Ils peuvent à tout moment effectuer des contrôles qu'ils jugeraient utiles. De plus, ADEP se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix ou expertiser tout Membre Participant en demande ou en cours d'indemnisation.

En cas d'arrêt de travail non justifié médicalement, ou si le Membre Participant refuse de fournir les pièces justificatives demandées, le service Contrôle Médical d'ADEP informera le service Prévoyance qui pourra refuser ou suspendre la prestation à compter de la date de la contre-visite médicale et ce, même si la Sécurité sociale poursuit son indemnisation.

Les honoraires du Médecin-Conseil ou du médecin choisi par ADEP lors des contrôles demandés par cette dernière restent à la charge d'ADEP.

En cas de désaccord entre le médecin du Bénéficiaire et celui d'ADEP, les parties en choisissent un 3^e pour les départager. À défaut d'entente sur cette désignation, le choix du 3^e médecin est effectué par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Bénéficiaire. L'avis de ce 3^e médecin est obligatoirement accepté par les deux parties (Membre Participant et ADEP) qui supportent par moitié les frais de sa nomination et de ses honoraires.

En cas d'opposition injustifiée, le Bénéficiaire peut être mis en demeure, par lettre recommandée, adressée au moins dix (10) jours à l'avance, de se soumettre à ce contrôle sous peine d'être déchu de ses droits pour le sinistre en cause.

Article 31 : Existe-t-il une limitation de garantie ?

En cas de pluralité de sinistres causés par un même événement, le cumul des prestations servies au titre du présent Contrat ne peut excéder dix (10.000.000) millions d'euros. Si cette somme est atteinte, elle est répartie entre tous les Membres Participants sinistrés, proportionnellement aux montants respectifs des prestations garanties avant limitation.

Article 32 : Quelles sont les exclusions de garantie ?

Les exclusions s'appliquent au Salarié ainsi qu'au Conjoint ou enfants du Salarié lorsque ces derniers sont assurés par les garanties Décès.

Tout refus d'indemnisation du Salarié, du Conjoint ou des enfants du Salarié au titre du Décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, en lien avec une cause d'exclusion s'applique aux autres garanties liées à ces risques.

32.1 Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclues les conséquences :

- des guerres civiles ou étrangères, cataclysmes tels que tremblements de terre ou inondations,
- de la participation active à une rixe, une insurrection, une émeute, une rébellion, une révolution, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, un acte de terrorisme,
- directes ou indirectes des rayonnements nucléaires et ionisants non liés à un traitement médical,
- directes ou indirectes de l'explosion d'un engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- d'accidents résultant de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique,
- d'une tentative de suicide ou d'un fait commis dans l'intention de se procurer les avantages offerts par le Contrat,
- d'accidents de navigation aérienne lorsque le Salarié est à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigation ou conduit par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou licence en cours de validité. En outre, les conséquences d'accident survenues lors de transports sur une ligne régulière figurant sur la liste noire des aviateurs établie par le Ministère des transports sont

également exclues,

- d'un déplacement ou séjour dans un pays ou une région déconseillée par le Ministère français des affaires étrangères,
- d'actes effectués sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie vigueur, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- d'accidents résultant de la pratique, à titre professionnel, de tout sport ou compétition, d'accidents résultant de la pratique du deltaplane, d'un parapente, d'un engin ultra léger motorisé ou tout engin assimilé.

32.2 Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité - Incapacité Permanente

Sont exclues les conséquences :

- du congé légal de maternité et des périodes de congés pré et postnatal,
- du congé légal de paternité,
- de troubles psychiatriques, psychologiques, affections psychotiques, maladies mentales,
- de traitements esthétiques sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti,
- de la pratique en qualité d'amateur des sports suivants : sports de combat et de lutte, hockey sur glace, luge de compétition, course équestre, jumping, rafting, football américain, rugby, saut à l'élastique.

Tableau récapitulatif des justificatifs à fournir pour le règlement des prestations suivant les garanties activées

Garanties Documents à fournir	Décès/ Double Effet/ Pré-décès du conjoint/ Doublement Accident	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Allocation Obsèques	Rente de conjoint	Rente éducation	Rente orphelin	Incapacité Temporaire Totale	Invalidité et Incapacité permanente
Demande de prestations complétée par l'Entreprise	●	●	●	●	●	●	●	●
Extrait de l'acte de décès	●		●	●	●	●		
Certificat médical mentionnant la cause du décès à retourner au Médecin-Conseil de Mutuelle Bleue	●		●	●	●	●		
Pièces justificatives de la qualité de Bénéficiaire	●			●	●	●		
Pièces justificatives de la qualité d'Enfant ou de Personne à charge	●				●	●		●
Copie des bulletins de salaires des douze (12) mois précédant le décès ou l'arrêt de travail	●		●	●	●	●	●	●
Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du(des) Bénéficiaire(s)	●	●	●	●	●	●	●	●
Notification d'attribution de la pension d'invalidité 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale		●						●
Notification d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité par la Sécurité sociale		●						●
Certificat médical attestant le statut de 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale		●						●
Certificat médical précisant l'origine, la nature, la date de début et l'état clinique actuel de l'invalidité ou de l'incapacité attestée		●						●
Facture acquittée des frais d'obsèques			●					
Attestation des régimes de retraite complémentaires				●				
Copie intégrale de l'acte de naissance du (de la) Conjoint(e)				●				
Dernier avis d'imposition du Bénéficiaire								●
Décompte des prestations de la Sécurité sociale							●	
Bulletin d'hospitalisation (si option rachat de franchise souscrite)							●	
Copie des arrêts de travail et prolongations							●	
Certificat médical précisant le début de l'affection, la cause, la nature et la durée probable de l'arrêt de travail							●	
Justificatif de la poursuite des études					●	●		
Extrait de la délibération du conseil de famille ayant nommé le tuteur (le cas échéant)	●				●	●		
Rapport de Police ou toute pièce attestant le caractère accidentel (le cas échéant)	●	●		●	●	●	●	●
Récépissé de paiement de la pension ou rente de Sécurité sociale								●
Attestation de paiement Pôle Emploi (le cas échéant)								●

Tous les documents médicaux sont à retourner au Médecin-Conseil d'ADEP sous pli confidentiel ou par e-mail à : medecinconseil@adep.com

TITRE VI

PORTABILITE DES GARANTIES :

Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Article 33 : Objet de l'Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Les garanties souscrites au titre du présent Contrat peuvent être maintenues à titre gratuit au bénéfice des anciens salariés de l'Entreprise, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 34 : Qui peut en bénéficier ?

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien Salarié dont la rupture du contrat de travail, hors licenciement pour faute lourde, ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Article 35 : Quelles sont les conditions d'ouverture des droits ?

Les droits sont examinés au jour de la cessation du contrat de travail. Ils sont ouverts sous les conditions suivantes :

- Le contrat de travail doit être rompu ;
- La rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- Les droits à garantie doivent avoir été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Article 36 : Quelles sont la date de prise d'effet et la durée du maintien ?

Les droits sont maintenus à compter de la date de cessation du contrat de travail, pendant la période d'affiliation à l'assurance chômage, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail de l'ancien Salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois de couverture.

Article 37 : Quelles sont les conditions de maintien ?

Pour bénéficier des dispositions relatives au maintien des garanties précitées, l'ancien Salarié doit fournir à ADEP la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'ancien Salarié doit également informer ADEP de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de la couverture complémentaire santé et prévoyance.

ADEP peut, à tout moment, demander à l'ancien Salarié s'il remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties, en exigeant notamment la preuve de l'ouverture des droits, de leur durée et de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien Salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Article 38 : Quelles sont les modalités de financement du maintien ?

L'ancien bénéficiaire du maintien des garanties à titre gratuit, ce maintien étant financé par l'employeur et les Salariés actifs à travers le système de la mutualisation.

Article 39 : Quelle est la définition des prestations ?

Les garanties maintenues à l'ancien Salarié sont celles définies dans le Contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien Salarié appartenait. En cas de modification du Contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien Salarié.

Article 40 : Quelles sont les obligations de l'employeur ?

L'employeur sera tenu d'informer l'ancien Salarié de son droit au maintien des garanties dans le certificat de travail et devra informer ADEP des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien des garanties.

Article 41 : Cessation du maintien

A l'égard de l'ancien Salarié, le maintien des garanties cesse :

- en cas de défaut de paiement des cotisations afférentes aux garanties souscrites au titre du présent Contrat, dans les conditions prévues à l'article 19 ;
- à la date de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage ou dès lors que l'ancien Salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale du bénéficiaire ;
- à l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit telle que définie à l'article 36 ;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif souscrit par l'employeur.

Article 42 : Quelles sont les conséquences de la résiliation du contrat ?

En cas de résiliation du Contrat, l'ancien Salarié cessera d'être couvert à la date d'effet de la résiliation.

Si, à la date d'effet de la résiliation, l'ancien Salarié perçoit des prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente au titre du contrat, le maintien des garanties éventuelles, au titre du décès, s'effectuerait dans les mêmes conditions que celles prévues au Contrat des actifs.

SAS ADEP

Société de Courtage d'Assurances
SAS au capital de 22.800€

Il Immeuble West Side
Rue Ferdinand Forest Prolongée
ZI de Jarry

97122 BAIE MAHAULT

Service Adhérents :

574 route de Cornéilhan - CS 80618
34535 BÉZIERS Cedex

Immatriculée au RCS de Pointe à Pitre sous le n° 480 434 281
et à l'ORIAS sous le n° 07 035 445

Garanties auprès de :

Mutuelle Bleue

68 rue du Rocher – CS 60075
75396 PARIS Cedex 08

Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité
immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 775 671 993



ASSURÉMENT PROCHE !

Spécialisé dans la protection des familles et des entreprises en outre-mer depuis plus de 25 ans, ADEP vous apporte la tranquillité grâce à un savoir-faire reconnu en matière de distribution de garanties innovantes et qualité de service de gestion : remboursement des frais de santé, financement des frais d'obsèques, versement d'un capital en cas de décès, protection des salariés et des professionnels...

Tous les collaborateurs d'ADEP partagent une ambition commune : vous satisfaire.



0590 38 00 22

11 Immeuble West Side - rue F. Forest Prolongée - ZI JARRY
97122 BAIE MAHAULT



0596 61 71 00

ZAC DE DILLON - RD 13 - Immeuble ADEP
97200 FORT DE FRANCE



0594 25 00 25

1 Place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE



0262 34 64 40

51 Ter rue Pasteur - CS 81001
97404 SAINT DENIS CEDEX



0467 30 72 67

Siège Administratif : 574 Route de Corneilhan - CS 80618
34535 BÉZIERS CEDEX

RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE

WWW.ADEP.COM