

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Collectif
prévoyance
complémentaire

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1

Objet du règlement mutualiste

L'employeur adhère auprès de SMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, au présent règlement mutualiste collectif à adhésion obligatoire dans le but de faire bénéficier ses salariés ou une catégorie de personnel définie dans l'acte juridique instituant le régime prévoyance, et le cas échéant leurs ayants droit, des garanties incapacité, invalidité et décès, aux conditions déterminées dans le présent règlement mutualiste et au certificat d'adhésion le complétant.

La signature de la demande d'adhésion au règlement mutualiste par l'employeur, ci-après dénommé « l'adhérent », emporte acceptation des conditions du présent règlement mutualiste ainsi que des statuts de SMI.

Par son adhésion au règlement, l'adhérent acquiert la qualité de membre honoraire de SMI sous réserve que cette adhésion ait été acceptée par SMI.

Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au présent règlement sont régies par les conditions de ce dernier et le certificat d'adhésion ainsi que par les statuts de la mutuelle.

Le présent règlement mutualiste est régi par les dispositions du code de la mutualité.

Article 2

Adoption du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale de la mutuelle SMI sur proposition du conseil d'administration.

Les termes du présent règlement sont applicables dès son adoption par l'assemblée générale.

Article 3

Modification du règlement mutualiste

Les modifications du règlement sont adoptées par le conseil d'administration, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale à laquelle il rend compte des décisions prises en la matière.

Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents et des membres participants. Les prestations et les cotisations peuvent être modifiées par le conseil d'administration. Les modifications ainsi apportées deviennent applicables à compter de leur notification.

Les modifications des garanties sont notifiées aux membres participants par la remise par les employeurs ou personnes morales d'une notice d'information établie par la mutuelle SMI.

Article 4

Date d'effet – durée de l'adhésion

À l'égard de l'adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée dans le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de un an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties selon les modalités décrites à l'article 5 du présent règlement.

Article 5

Résiliation de l'adhésion

Tous les ans, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion au présent règlement, en envoyant une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité à la mutuelle SMI au moins deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement.

La mutuelle peut également mettre fin à cette adhésion tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement.

En toute hypothèse, SMI peut résilier l'adhésion :

- en cas de défaut de paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 11 du présent règlement mutualiste ;

- en cas de non acceptation de la révision annuelle des cotisations par l'adhérent, prévue à l'Article 8 du présent règlement mutualiste.

Chapitre II

Membres participants

Article 6

Membres participants

6.1 -Définition

Sont affiliés au présent règlement mutualiste collectif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire, l'ensemble des salariés, appartenant à la catégorie définie au certificat d'adhésion joint, inscrits aux effectifs de l'adhérent à la date de prise d'effet du certificat d'adhésion au règlement ainsi que ceux embauchés ultérieurement.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies au présent règlement mutualiste ainsi qu'au certificat d'adhésion.

Chaque salarié dûment affilié au présent règlement, devient « membre participant » de SMI dans les conditions définies par ses statuts.

6.2 -Date d'effet – durée de l'affiliation

À l'égard des membres participants, l'affiliation obligatoire prend effet dès la date d'effet mentionnée dans le certificat d'adhésion pour les salariés relevant de la catégorie de personnel bénéficiant des garanties présents à cette date, soit à compter du jour de leur embauche, ou à compter de leur date d'entrée au sein de la catégorie définie au certificat d'adhésion, ou le cas échéant, à compter du jour auquel ils satisfont à la condition d'ancienneté prévue dans l'acte juridique instituant le régime prévoyance dans l'entreprise.

Elle poursuit ses effets jusqu'à la dénonciation de l'adhésion au règlement par l'adhérent ou la mutuelle SMI, selon les modalités décrites à l'article du 5 du présent règlement, ou la rupture du contrat de travail du membre participant ou sa sortie de la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties, dans les conditions décrites aux articles 17 et 18 du présent règlement.

6.3 -Modalités d'affiliation

L'adhérent doit adresser à la mutuelle SMI, les pièces suivantes :

6.3.1 -A l'adhésion

- un état de présence précisant la liste des salariés, appartenant à la catégorie de personnel bénéficiant des garanties, présents au travail avec mention pour chacun d'entre eux de leurs nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, situation de famille, salaire annuel brut, date d'entrée dans l'entreprise ;
- un bulletin d'affiliation pour chaque membre participant, indiquant ses nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale ainsi que son adresse ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant, à la date d'effet de l'adhésion, du maintien des garanties conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, avec indication pour chacun d'eux de leurs nom, prénom, adresse, numéro de Sécurité sociale, date de naissance, date de début et de fin de la période de portabilité.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations ou d'assistance est destiné à mettre en oeuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre. Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités par SMI dans l'organisation de la gestion.

6.3.2 -En cours d'exercice

En cas d'entrée de nouveaux membres participants :

- le bulletin d'affiliation prévu au 6.3.1. du présent règlement avec indication de la date d'effet de l'affiliation ;
- sortie des membres participants ;
- un état mensuel nominatif du personnel sorti, avec les dates de départ et les motifs de sortie (rupture du contrat de travail ou décès).

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

6.3.3 - À chaque renouvellement du règlement

Au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif des membres participants de l'année précédente.

Les informations communiquées sont indispensables pour l'attribution des garanties. Elles permettent à SMI d'apprécier les conditions de la couverture. L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

Chapitre III Cotisations

Article 7

Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est calculée en fonction du salaire annuel brut de chaque membre participant ; elle est plafonnée, selon les conditions précisées au certificat d'adhésion joint au présent règlement, à une ou plusieurs des tranches suivantes :

- tranche A : fraction du salaire annuel brut inférieure ou égale au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : fraction du salaire annuel brut comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche C : fraction du salaire annuel brut comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations sont calculées sur le salaire annuel brut (y compris les rémunérations variables régulièrement perçues au cours des douze derniers mois) déterminé par l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale et déclaré par l'adhérent à l'URSSAF, à l'exclusion des indemnités de toute nature versées à l'occasion ou au titre du départ du salarié de l'entreprise.

Il est précisé que, pour les membres participants se trouvant en activité partielle tel que prévu à l'article L. 5122-1 du code du travail, le salaire de référence prend en compte le montant de l'indemnité brute mensuelle due en application de ce même article, pour les périodes pendant lesquelles cette dernière a été effectivement perçue.

Les assiettes et taux de cotisations sont mentionnés au certificat d'adhésion joint.

Article 8

Révisions des cotisations

Les cotisations sont révisables, sur décision du conseil d'administration de SMI, à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques du présent règlement mutualiste.

En cas de désaccord sur les nouvelles conditions proposées par SMI, l'adhérent peut les refuser et procéder à la dénonciation de son adhésion au présent règlement mutualiste par courrier recommandé adressé à SMI, conformément aux dispositions visées à l'article 5. Cette révision sera applicable dès sa notification aux adhérents.

Dans tous les cas, en cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures ou de toute autre modification législative ou réglementaire impactant les engagements de SMI, les cotisations seront automatiquement majorées à due concurrence dès la date d'effet de ces mesures.

Les membres participants sont informés par l'adhérent des modifications apportées.

Article 9

Règlement des cotisations

Les cotisations annuelles dues par l'adhérent et définies au certificat d'adhésion joint sont payables mensuellement ou trimestriellement à terme échu à réception de l'appel de cotisations. Chaque règlement doit être accompagné du bordereau de cotisations dûment rempli par l'adhérent.

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants.

Article 10

Déclaration annuelle des membres participants, régularisations

Les engagements de SMI sont limités aux déclarations faites par l'adhérent.

10.1 - Déclaration annuelle des membres participants et des salaires

Avant le 31 Janvier de chaque année, l'adhérent doit retourner à SMI, l'état récapitulatif annuel des membres participants et des salaires de l'exercice précédent.

À défaut, l'adhérent pourra être mis en demeure de fournir cet état dans un délai d'un mois.

10.2 - Régularisations

À partir de l'état nominatif annuel des membres participants, SMI procède à un contrôle de cohérence et peut établir un document d'ajustement des cotisations qu'elle adresse à l'adhérent. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

En l'absence de communication de l'état nominatif, SMI pourra procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en sa possession. L'adhérent doit mettre à disposition de la mutuelle toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

10.3 - Déclaration des départs des salariés

L'adhérent informe SMI du départ des salariés de l'entreprise dans les dix jours suivant cet événement en précisant la date exacte et le motif de ce départ.

Article 11

Défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité, en cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les dix jours de leur échéance, une mise en demeure de paiement est adressée à l'adhérent. Les garanties sont suspendues trente jours après la mise en demeure de l'adhérent, restée sans effet.

Les garanties suspendues de l'adhésion non résiliée reprendront effet le lendemain du jour où auront été payées à SMI les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement liés à l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer par la mutuelle.

L'adhésion pourra aussi être résiliée par SMI quarante jours après l'envoi de la mise en demeure restée infructueuse.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'adhérent acceptée par courrier de SMI, constituer une remise en vigueur tacite des garanties.

Article 12

Exonération des cotisations

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente d'un membre participant liées à une maladie ou à un accident ouvrant droit à indemnisation par SMI, l'adhérent est exonéré de la cotisation totale (parts patronale et salariale) définie au certificat d'adhésion, dès lors qu'en vertu des dispositions légales ou des dispositions des conventions collectives ou accords collectifs dont il relève, il n'est plus tenu de verser une rémunération, même partielle, au membre participant.

Tant que l'adhérent, conformément à ses obligations légales ou conventionnelles, maintient une rémunération pleine ou réduite, les cotisations restent dues sur la part de rémunération versée.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'adhérent.

L'exonération des cotisations cesse également en cas de résiliation de l'adhésion de l'employeur au présent règlement.

Chapitre IV

Garanties et prestations

Les garanties décrites dans le présent chapitre ne sont pas systématiquement accordées dans leur ensemble. Ne le sont effectivement que celles qui sont mentionnées dans le certificat d'adhésion et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. Dans tous les autres cas, les garanties ne sont pas accordées.

Les prestations sont versées par SMI en complément de celles versées par la Sécurité sociale.

Article 13

Étendue des garanties

13.1 - Exclusions

13.1.1 - Exclusions générales

Pour l'ensemble des garanties, SMI ne couvre pas les sinistres résultant :

- du fait intentionnel du membre participant (à l'exception du suicide tel que prévu à l'article 13.1.2.1 pour les garanties décès)
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la navigation aérienne lorsque le membre participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité valide ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valide ou ayant une licence périmée pour l'appareil utilisé (le pilote pouvant être le membre participant lui-même) ;
- de la participation du membre participant à des tentatives de records, essais préparatoires et concours de vitesses, à toute activité sous marine, à tout sport aérien et mécanique, pratiqué au cours de compétitions sportives à titre professionnel ou amateur ;
- directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe le membre participant ;
- d'actes de terrorisme nucléaire.

13.1.2 - Exclusions propres aux garanties

13.1.2.1 - Concernant les garanties décès (telles que définies à l'article 16.1), SMI ne couvre pas les sinistres résultant :

- du suicide du membre participant survenant dans les 12 mois suivant son affiliation. Toutefois, la garantie décès définie au présent règlement est accordée aux personnes dont le suicide a lieu moins d'un an après leur affiliation dès lors que celle-ci fait immédiatement suite à une précédente affiliation à un régime de prévoyance collectif obligatoire mis en place au titre d'une convention collective nationale, d'un accord d'entreprise ou une décision unilatérale de l'employeur et que le membre participant justifie ainsi, à la date de son décès et avec le précédent contrat, d'une période d'affiliation continue de plus d'un an.

13.1.2.2 - Concernant les garanties décès par accident et perte totale et irréversible d'autonomie par accident (articles 16.1.2 et 16.1.3 du présent règlement), ainsi que les garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente et incapacité permanente, SMI ne couvre pas les sinistres résultant :

- de luttes, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats, d'insurrections, d'émeutes ou d'agressions auxquels le membre participant prend une part active ;
- de la conduite par le membre participant après usage de stupéfiants ou de produits non prescrits médicalement ou utilisés en dehors des limites des prescriptions médicales, ou de la conduite par le membre participant sous l'emprise de l'ivresse, l'ivresse étant attestée par un taux d'alcoolémie supérieure ou égale au taux défini par le code de la route en vigueur au moment de l'accident ;
- de tous cataclysmes tels tremblements de terre ou inondation.

13.2 - Territorialité

Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant leur activité sur le territoire français métropolitain et en Guyane. Les garanties produisent cependant leurs effets dans le monde entier pour les assurés dont les séjours n'excèdent pas trois mois et pour le personnel détaché par l'adhérent au sein de l'Union Européenne et bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale.

Les prestations sont payées en euros.

Article 14

Modalités de calcul des prestations

14.1 - Assiette des prestations

Le salaire servant au calcul des prestations est égal au salaire brut limité aux tranches définies au certificat d'adhésion et ayant servi d'assiette au calcul des cotisations au cours des 12 derniers mois

ayant précédé le mois de l'événement ouvrant droit à prestations. Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues au cours des 12 derniers mois, à l'exclusion des indemnités versées au départ du salarié de l'entreprise.

Par dérogation, pour les assurés se trouvant en activité partielle telle que prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail, l'assiette des prestations prend en compte le montant de l'indemnité brute mensuelle due en application de l'article L. 5122-1 du code du travail, pour les périodes pendant lesquelles cette dernière a été effectivement perçue.

Si la période d'affiliation du membre participant à la date du sinistre est inférieure à 12 mois, le salaire de base limité aux Tranches définies au certificat d'adhésion est reconstitué à partir de la moyenne des salaires déclarés à l'URSSAF.

Lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie fait suite à une période d'incapacité temporaire totale, d'invalidité ou d'incapacité permanente, le salaire de base retenu est celui précédant la date de début de l'incapacité temporaire totale ou à défaut celui précédant la date de classement en invalidité ou incapacité permanente.

Il est revalorisé, entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès, sur la base du taux défini chaque année par le conseil d'administration de SMI.

Concernant la garantie incapacité temporaire totale, le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base de la 365^e partie du salaire pris en compte pour le calcul des prestations tel que défini ci-dessus.

14.2 - Revalorisation des prestations

Les prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières servies au titre de la garantie incapacité temporaire totale, rentes d'invalidité permanente et d'incapacité permanente, rentes éducation) sont revalorisées selon le taux de revalorisation déterminé chaque année par le conseil d'administration de SMI en fonction des résultats des opérations assurées par le présent règlement mutualiste.

Les revalorisations sont servies par SMI, tant que l'adhésion au présent règlement est en vigueur, dans la limite des disponibilités financières du fonds de revalorisation créé à cet effet. Elles sont versées selon les mêmes modalités et périodicité que les prestations de base.

Ces revalorisations prennent effet le premier jour du mois suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations servies par SMI, à savoir :

- l'arrêt de travail dans le cas de prestations servies au titre de la garantie «incapacité temporaire totale» ou «invalidité permanente et incapacité permanente» ;
- la mise en invalidité permanente ou en incapacité permanente si celle-ci n'a pas été précédée d'une période d'incapacité temporaire totale ;
- le décès du membre participant dans le cas des prestations rentes éducation.

En cas de dénonciation du règlement, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date jusqu'à l'extinction des droits et ne seront plus revalorisées, postérieurement à la date de dénonciation, par SMI.

14.3 - Principe indemnitaire

En aucun cas, concernant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente, le cumul des prestations versées par la Sécurité sociale, SMI ou tout autre organisme ainsi que, notamment, les salaires ou revenus de remplacement ne peuvent conduire le membre participant à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire net d'activité, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini au présent règlement. Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3^{ème} catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation servie par SMI sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au membre participant les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

14.4 - Avis de prolongation ou d'interruption de travail

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 par la réglementation (dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail et dans les deux jours suivant la prescription de prolongation) et en cas de versement par la Sécurité sociale de prestations réduites, SMI ne compense pas la réduction de l'indemnisation de base. L'indemnité journalière complémentaire sera donc calculée sur la base de l'indemnité journalière théorique qui aurait été versée par la Sécurité sociale si le membre participant avait procédé à ces déclarations dans les délais requis.

14.5 - Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le membre participant continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières ou de rente d'incapacité permanente ou d'invalidité permanente, SMI accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par le principe indemnitaire défini à l'article 14.3 du présent règlement.

L'adhérent doit, sans délai, informer SMI de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation du membre participant à l'égard de la Sécurité sociale.

14.6 - Modifications de garanties

En cas de modification des garanties, seuls les membres participants inscrits aux effectifs de l'adhérent, y compris ceux en arrêt de travail pour maladie ou accident, à la date de cette modification seront garantis suivant ces nouvelles modalités et selon les conditions définies par SMI et acceptées par l'adhérent pour leur prise en charge.

Les membres participants dont le contrat de travail est rompu et qui ne bénéficient pas ou plus, de la portabilité des garanties telle que décrite à l'article 18.3, continueront à percevoir les prestations dont ils bénéficiaient, selon les modalités en vigueur à la date de leur radiation des effectifs de l'adhérent.

Article 15

Conditions de versement des prestations

15.1 - Formalités et pièces justificatives

Les formalités à accomplir et les pièces justificatives à fournir en cas de sinistre sont mentionnées en annexe au présent règlement mutualiste (annexe 1).

SMI peut demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire au paiement des prestations et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations sur les états de salaires de l'adhérent. En tout état de cause, SMI n'est engagée que par les déclarations qui lui sont faites.

15.2 - Contrôle

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, SMI peut, à tout moment, faire procéder à tous contrôles et visites médicales qu'elle jugerait nécessaires, afin de vérifier si les conditions d'exigibilité des prestations sont réunies. Le membre participant peut se faire assister par le médecin de son choix.

Le service des prestations peut être suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par SMI. SMI n'est pas tenue, dans ce cas, par la décision de la Sécurité sociale.

SMI s'engage à informer l'adhérent en cas de suspension des prestations.

15.3 - Litiges médicaux

En cas de contestation des conclusions du médecin conseil, il sera demandé, par l'une ou l'autre des parties au président du conseil départemental de l'ordre des médecins du domicile du membre participant de nommer un médecin tiers qualifié en médecine d'assurance ou en évaluation du dommage corporel, dont la décision est définitive pour les parties. Le membre participant peut se faire assister par le médecin de son choix.

Les honoraires du médecin conseil sont à la charge de SMI ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Les honoraires du médecin du membre participant restent à sa charge.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la dé-

cision médicale du médecin conseil de SMI à l'égard du membre participant, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront pris en charge pour moitié par SMI et pour moitié par le membre participant.

Article 16

Detail des garanties et montants des prestations

16.1 - Garanties décès

16.1.1 - Capital décès toutes causes

a) Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas de décès du membre participant, quelle qu'en soit la cause, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tels que défini(s) au paragraphe « Bénéficiaires des prestations », un capital dont le montant est défini au certificat d'adhésion joint.

Le membre participant peut désigner le ou les bénéficiaires de son choix. À défaut de désignation ou en cas de pré-décès du ou des bénéficiaire(s), le capital est versé au(x) bénéficiaires visé(s) dans la « désignation type ».

b) Bénéficiaires des prestations

Désignation type :

Le capital décès est versé suivant l'ordre de priorité suivant :

- à l'époux survivant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ou, à défaut, au partenaire du membre participant lié par un pacte civil de solidarité (PACS) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement ;
- à défaut par parts égales entre eux aux descendants, nés ou à naître, vivants ou représentés du membre participant ;
- à défaut par parts égales entre eux aux ascendants du membre participant ;
- à défaut aux héritiers du membre participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Le concubin n'est pas assimilé au conjoint pour le bénéfice du capital décès. Par conséquent, si le membre participant souhaite affecter le bénéfice du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation expresse à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et fourni par SMI.

Désignation particulière :

Si cette désignation ne lui convient pas, ou si la désignation faite antérieurement n'est plus adaptée à sa situation, le membre participant peut, à tout moment, faire une désignation particulière différente, par lettre adressée à SMI par acte sous seing privé ou par acte authentique. En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et à défaut de répartition définie par le membre participant, le capital est partagé entre eux par parts égales. En cas de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est versé aux autres bénéficiaires en fonction de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par le membre participant, les dispositions de la désignation type s'appliquent.

L'acceptation par le bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant à son profit est soumise à l'accord du membre participant. Cet accord peut prendre la forme :

- soit d'une lettre sous seing privée signée par le membre participant et le bénéficiaire qu'il a désigné ou d'un acte authentique conclu entre le membre participant et le bénéficiaire qu'il a désigné. Ils doivent être notifiés à SMI ;
- soit d'un avenant à son affiliation, signé par le membre participant, le bénéficiaire désigné et SMI.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, le membre participant ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation particulière, le ou les bénéficiaires de la majoration de la prestation pour enfants à charge versée en cas de décès sont les enfants à charge.

c) Modalités de règlement des prestations

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir » du présent règlement mutualiste.

Si l'enfant est mineur non émancipé ou majeur protégé, les capitaux sont servis pour son compte et sur un compte ouvert à son nom, à son représentant légal. Si l'enfant est majeur, les capitaux lui sont versés directement, sur sa demande.

16.1.2 - Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes ou accidentelle

a) Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie d'un membre participant toutes causes ou résultant d'un accident, SMI peut garantir le versement par anticipation du capital décès toutes causes et/ou du capital décès par accident au membre participant, sur sa demande, selon les conditions mentionnées au certificat d'adhésion joint.

Le membre participant est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie s'il se trouve dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilé à la perte totale et irréversible d'autonomie, l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66 % avec attribution d'une majoration pour tierce personne.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle met fin à la garantie « capital décès toutes causes » et / ou à la garantie « capital décès par accident » du membre participant.

b) Bénéficiaires des prestations

Le bénéficiaire des prestations versées en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est le membre participant lui-même. En revanche, le ou les bénéficiaires de la majoration de la prestation pour enfants à charge versée en cas de décès sont les enfants à charge. Cette majoration est versée au jour du décès du membre participant, sous réserve que les enfants du membre participant soient, à la date du décès, à charge au sens de l'article 16.2.1 du présent règlement mutualiste.

c) Modalités de règlement des prestations

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir » du présent règlement.

16.1.3 - Capital en cas de décès par accident

a) Décès par accident

SMI peut verser, en cas de décès du membre participant consécutif à un accident, le capital prévu au certificat d'adhésion au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), sous réserve que le décès intervienne dans les six mois suivant la date de l'accident.

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire du capital, provenant de l'action soudaine et involontaire d'une cause extérieure imprévisible. Le montant de ce capital est fixé au certificat d'adhésion.

b) Décès par accident du travail

SMI peut verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès du membre participant résultant d'un accident du travail reconnu comme tel, un capital dont le montant est défini au certificat d'adhésion sous réserve que le décès intervienne dans les six mois suivant la date de l'accident.

c) Décès par accident de la circulation

SMI peut verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès du membre participant résultant d'un accident de la circulation, un capital dont le montant est défini au certificat d'adhésion, sous réserve que le décès intervienne dans les six mois suivant la date de l'accident.

L'accident de la circulation se définit comme l'accident dont est victime le membre participant soit au cours d'un trajet sur une voie publique ou privée du fait de l'implication d'un véhicule terrestre à moteur (qu'il soit à l'arrêt ou non), soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

16.1.4 - Capital double effet

En cas de décès avant l'âge légal de départ à la retraite du conjoint du membre participant, tel que défini à l'article 16.2.2 du présent règlement mutualiste, survenant simultanément ou postérieurement à celui du membre participant et au plus tard à l'issue des 12 mois suivant le décès de celui-ci, SMI peut verser par parts égales aux enfants qui étaient à la charge du membre participant et qui sont encore à la date de son décès à la charge du conjoint, un capital dont le montant global est fixé au certificat d'adhésion.

16.1.5 - Allocations d'obsèques

16.1.5.1 - Objet de la garantie et montant de la prestation

- décès d'un membre participant ;
- en cas de décès du membre participant, SMI verse une allocation dont le montant est fixé au certificat d'adhésion joint au présent règlement mutualiste ;
- décès d'un ayant droit ;
- en cas de décès avant l'âge légal de départ à la retraite du conjoint du membre participant tel que défini à l'article 16.2.2 du présent règlement mutualiste, ou en cas de décès après son douzième anniversaire de l'un de ses enfants à charge tels que définis à l'article 16.2.1 du présent règlement mutualiste, SMI verse une allocation dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion joint au présent règlement mutualiste.

16.1.5.2 - Bénéficiaires des prestations

Cette allocation est versée :

- en cas de décès d'un ayant droit, au membre participant s'il s'est acquitté des frais d'obsèques et qu'il en justifie ;
- en cas de décès du membre participant, à la personne ayant réglé les frais d'obsèques de l'adhérent et qui en justifie.

16.1.5.3 - Modalités de règlement des prestations

L'allocation d'obsèques est versée sur présentation des justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir ».

16.1.6 - Rente éducation

16.1.6.1 - Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas de décès du membre participant, quelle qu'en soit la cause, il peut être versé à chaque enfant à charge, tel que défini à l'article 16.2.1 du présent règlement, une rente temporaire dont le montant annuel, fonction de leur âge, est défini au certificat d'adhésion joint. La majoration éventuelle de la rente liée à un changement d'âge intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

16.1.6.2 - Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge du membre participant tels que définis à l'article 16.2.1 du présent règlement mutualiste.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Si le bénéficiaire est mineur non émancipé ou majeur protégé, la rente est servie pour son compte et sur un compte ouvert à son nom, à son représentant légal. Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée directement, sur sa demande.

16.1.6.3 - Modalités de règlement des prestations

Les rentes éducation sont versées trimestriellement et à terme échu sur production des pièces et justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir » et sont calculées à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit le décès du membre participant.

Le service des rentes éducation cesse :

- au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge au sens de l'article 16.2.1 du présent règlement ;
- au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant à charge atteint l'âge limite de versement de la prestation rente éducation tel que défini au certificat d'adhésion ;
- et en tout état de cause, au jour du décès du bénéficiaire.

16.2 - Définitions

16.2.1 - Enfants à charge

Sont réputés à charge du membre participant, ses enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, ainsi que ceux de son époux (se) non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ou

de son partenaire lié par un PACS valablement conclu et en vigueur, dont le membre participant a la garde ou pour lesquels il assume la charge effective et permanente de leur entretien ou verse une pension alimentaire en application d'une décision de justice, sous réserve que ces enfants soient :

- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du membre participant, si ce dernier est le parent légitime ;
- âgés de moins de 18 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant le 18^e anniversaire) ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant le 21^e anniversaire), s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée ou s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi (sur présentation de l'avis d'imposition ou de l'attestation Pôle emploi) ;
- âgés de moins de 26 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant le 26^e anniversaire) s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants (sur présentation du certificat de scolarité ou de la carte d'étudiant) ;
- âgés de moins de 26 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant le 26^e anniversaire), s'ils sont sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation (sur présentation du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) ;
- quel que soit leur âge, atteints, avant leur 18^e anniversaire, d'une invalidité ou incapacité permanente et sous réserve qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles (sur présentation de la carte d'invalidité).

16.2.2 - Conjoint

Pour la garantie double effet et pour le calcul du montant des capitaux décès, le conjoint est défini comme étant soit l'époux ou l'épouse du membre participant non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation, soit le partenaire du membre participant lié par un pacte civil de solidarité (PACS) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement donnant lieu à prestations.

Conformément à l'article 16.1.1, pour la dévolution du capital décès selon la désignation type, le concubin notoire ne peut pas être assimilé au conjoint.

16.3 - Garantie incapacité temporaire totale

16.3.1 - Objet de la garantie et montant de la prestation

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, ouvrant droit à indemnisation par la Sécurité sociale, SMI verse des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale dont les conditions de versement et les montants sont définis au certificat d'adhésion joint.

16.3.2 - Bénéficiaires des prestations

Le bénéficiaire des indemnités journalières est le membre participant.

16.3.3 - Modalités de règlement des prestations

Les prestations sont servies par SMI à l'issue d'une franchise définie au certificat d'adhésion.

La franchise se définit comme la durée d'arrêt de travail total pendant laquelle le membre participant ne peut prétendre aux prestations. Cette franchise peut être :

- continue, c'est-à-dire constituée d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité temporaire totale de travail ;
- en relais ou en complément relais des obligations afférentes au maintien de salaire mises à la charge de l'employeur en vertu des dispositions du code du travail, de la convention collective, de l'accord collectif ou de l'accord national interprofessionnel ou de tout autre usage applicable au sein de l'entreprise adhérente et en vigueur à la date de l'adhésion du présent règlement mutualiste. La reconstitution du crédit d'indemnisation s'effectue conformément aux dispositions légales ou conventionnelles applicables.

Le délai de franchise commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail et au plus tôt à compter de la date d'affiliation du membre participant.

Le versement des indemnités journalières par SMI est subor-

donné au versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale ; elles sont calculées compte tenu des règles de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du présent règlement mutualiste.

Le nombre d'indemnités journalières servi par SMI est déterminé par rapport au nombre de jours calendaires.

Les demandes d'indemnités journalières doivent être présentées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de SMI, dès lors que la franchise définie au certificat d'adhésion a été atteinte.

Les indemnités journalières sont versées par SMI, sur production des justificatifs visés à l'annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir », directement à l'adhérent, sauf en cas de rupture du contrat de travail ; dans ce dernier cas, elles sont versées directement au membre participant sur présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

SMI est habilitée à demander au membre participant toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

16.3.4 - Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée lors de la survenance du premier des événements suivants :

- au jour de la reprise du travail à temps complet du membre participant ;
- au jour de la reprise du travail à temps partiel du membre participant, sauf si celle-ci est autorisée pour des raisons thérapeutiques et que des prestations sont servies par la Sécurité sociale (entraînant alors une réduction des prestations complémentaires à hauteur du salaire perçu, de sorte que la somme du salaire à temps partiel des indemnités journalières de la Sécurité sociale et des indemnités journalières complémentaires ne soit pas supérieure au salaire que le membre participant percevait avant l'arrêt de travail revalorisé) ;
- à la date de liquidation totale de la pension de retraite du membre participant, servie par la Sécurité sociale, à l'exception des membres participants se trouvant en situation de cumul emploi retraite tel que défini par l'article L.161-22 du code de la Sécurité sociale ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle du membre participant ;
- à la date à laquelle le membre participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- au plus tard, au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- au jour du décès du membre participant.

16.3.5 - Cas particulier : la rechute

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent.

Les membres participants doivent fournir à SMI toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si le membre participant refuse de fournir les informations, SMI traitera l'indemnisation de l'arrêt de travail comme un arrêt initial.

16.4 - Garanties Incapacité permanente professionnelle et Invalidité permanente

16.4.1 - Objet de la garantie et montant de la prestation

SMI verse une rente complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dont le montant annuel est défini au certificat d'adhésion joint, et ce, dès que le membre participant bénéficie du versement par la Sécurité sociale :

- soit d'une rente d'Incapacité permanente professionnelle, d'un taux égal ou supérieur à 33 %, consécutif à un accident ou à une maladie d'ordre professionnel, telle que visée à l'article L.434-2 du code de la Sécurité sociale ;
- soit d'une pension d'Invalidité permanente 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie. Par invalidité, il faut entendre la réduction de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant

le classement dans l'une des catégories suivantes d'invalides visées à l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale :

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

16.4.2 - Bénéficiaires des prestations

Le bénéficiaire des rentes est le membre participant.

16.4.3 - Modalités de règlement des prestations

Le versement des prestations par SMI est subordonné au versement des prestations par la Sécurité sociale.

Les rentes versées par SMI sont calculées compte tenu des règles de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de l'adhésion au règlement et sont servies à compter de la date de versement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

En aucun cas, la somme des pensions d'invalidité ou d'incapacité, perçues de la Sécurité sociale et de SMI en application du présent règlement et, le cas échéant des rémunérations perçues par le membre participant au titre d'une activité professionnelle, ne peut excéder le montant de la rémunération qu'il percevait au titre de son activité professionnelle avant son classement en invalidité ou en incapacité permanente ou, le cas échéant, son arrêt de travail initial.

Elles sont versées trimestriellement à terme échu.

En cas de révision de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente par la Sécurité sociale, la rente versée par SMI est modifiée à partir de la même date.

Si le versement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale n'est pas précédé d'une période d'incapacité temporaire totale, il n'est pas fait application de la franchise prévue à la garantie incapacité temporaire pour le versement des prestations par SMI.

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de SMI.

Les rentes sont versées par SMI au membre participant, sur production des justificatifs visés à l'annexe I, trimestriellement à terme échu.

SMI est habilitée à demander au membre participant toutes pièces justifiant le versement des rentes d'incapacité permanente ou d'invalidité permanente.

16.4.4 - Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée lors de la survenance du 1^{er} des événements suivants :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension de retraite du membre participant, servie par la Sécurité sociale ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 % ;
- du jour où cesse le classement dans les 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégories d'invalidité ;
- du jour auquel le membre participant cesse de percevoir une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente de la Sécurité sociale ;
- au jour du décès du membre participant.

Le service des rentes interrompu est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat à compter du jour où la Sécurité sociale considère que le taux d'incapacité permanente redevient supérieur ou égal à 33 % ou procède à un nouveau classement en invalidité ou reprend le versement d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente.

Chapitre V

Prise d'effet, suspension, cessation et maintien des garanties

Article 17

Prise d'effet, suspension et cessation des garanties

17.1 - Prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour un membre participant :

- soit à la date de prise d'effet du contrat indiquée au certificat d'adhésion, s'il fait partie de la catégorie définie au certificat d'adhésion ;
- soit à compter de sa date d'embauche au sein de la catégorie définie au certificat d'adhésion lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du présent règlement mutualiste de prévoyance complémentaire ;
- soit à compter de sa date d'entrée dans la catégorie définie au certificat d'adhésion joint ;
- soit le cas échéant, à compter du jour auquel ils satisfont à la condition d'ancienneté prévue dans l'acte juridique instituant le régime prévoyance dans l'entreprise, sous réserve qu'il appartienne à la catégorie définie au certificat d'adhésion joint.

Les salariés, dont le contrat de travail est suspendu pour incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente à la date de prise d'effet des garanties ainsi définies, sont pris en charge dans les conditions prévues au certificat d'adhésion.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour toute autre cause sont garantis à compter de leur reprise du travail.

Lorsqu'une sélection médicale est requise telle que définie à l'article 19.4, les garanties entrent en vigueur, sous réserve de la réception et de l'examen par le médecin conseil de SMI des questionnaires de santé entièrement renseignés et signés et le cas échéant, des différentes pièces complémentaires demandées par celui-ci, après confirmation de l'acceptation de l'adhésion par SMI formalisée par l'émission du certificat d'adhésion, et le cas échéant après accord de l'employeur sur la majoration des cotisations.

L'entrée en vigueur des garanties suppose également le respect, par l'adhérent, des dispositions de l'article 19.1 relatives à ses obligations déclaratives.

17.2 - Suspension des garanties

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant ne donnant pas lieu à indemnisation (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou sous la forme de versement d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers), les garanties sont suspendues de plein droit et aucune cotisation n'est due.

L'incapacité, l'invalidité ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre du présent règlement mutualiste.

La suspension des garanties :

- intervient dès la date à laquelle le salarié ne bénéficie plus d'aucune indemnisation par son employeur ou un tiers ;
- s'achève dès qu'il bénéficie à nouveau d'une indemnisation (sous forme d'un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou sous forme de versement d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes directement versées par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers), ou dès sa date de reprise de travail.

La fin de la suspension des garanties suppose que SMI ait été informée par l'adhérent de la reprise du travail ou de la reprise d'une indemnisation, dans les conditions définies à l'article 19.1.

17.3 - Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le membre participant cesse d'appartenir à la catégorie définie au certificat d'adhésion ;
- à la date d'effet de la liquidation d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale du membre participant, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite et liées à ce titre à l'entreprise adhérente par un contrat de travail, tel que défini par l'article L.161-22 du code de la Sécurité sociale.

- lors de la cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale qu'elles complètent ;
- à la date de rupture du contrat de travail du membre participant, sous réserve des dispositions afférentes à la portabilité des droits dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale. Si le membre participant satisfait aux conditions pour recevoir des prestations de SMI, celles-ci continuent toutefois à lui être versées jusqu'à extinction de ses droits ;
- et en tout état de cause, à la date de dénonciation de l'adhésion de l'employeur au présent règlement, sous réserve des dispositions afférentes au maintien de la garantie décès prévu à l'article 18.2.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu postérieurement à la date d'affiliation du membre participant et antérieurement à la date de résiliation du contrat continuent toutefois à être servies au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

Lorsque l'adhésion de l'employeur au règlement mutualiste est résiliée, les salariés peuvent, dans le délai de deux mois suivant la date de résiliation de l'adhésion de l'employeur au présent règlement mutualiste, demander à SMI de leur communiquer les modalités et conditions tarifaires dans lesquelles une couverture individuelle peut être maintenue à leur profit.

Article 18 Maintien des garanties

18.1 - Suspension du contrat de travail indemnisé par l'employeur ou par un tiers

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou d'une indemnité d'activité partielle au titre de l'article L. 5122-1 du code du travail ou sous la forme de versement d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers), les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations prévues au chapitre III.

Le maintien des cotisations s'entend sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération du paiement des cotisations telle que définie à l'article 12.

18.2 - Maintien des garanties décès

En application de l'article 7-1 de la loi Évvin du 31 décembre 1989, les garanties décès sont maintenues lors de la résiliation ou du non renouvellement du contrat au bénéfice des salariés en incapacité temporaire totale de travail, en invalidité ou en incapacité permanente, dès lors que SMI est régulièrement informée de la situation de ces salariés à la date de résiliation.

Le maintien est dû au plus tard jusqu'à la date de liquidation par le membre participant de sa pension vieillesse par la Sécurité sociale.

18.3 - Portabilité des droits

En application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier en cas de rupture de leur contrat de travail (à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde), ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien des garanties prévoyance en vigueur dans l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Pour ce faire, lorsque SMI est informée par l'employeur du départ d'un salarié, elle adresse à l'ancien salarié dont le contrat de travail est rompu un courrier l'informant de ses droits relatifs à la portabilité, à charge pour ce dernier de transmettre à SMI l'ensemble des justificatifs requis lors de toute demande d'indemnisation.

18.3.1 - Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties prévues au sein de l'acte instituant le régime est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs exécutés au sein de l'adhérent. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

La mutuelle SMI s'engage à assurer la prise en charge du dispositif de portabilité dont bénéficiaient les salariés de l'adhérent avant l'adhésion au présent règlement mutualiste.

A contrario et sous réserve des dispositions de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évvin, lors de la résiliation de l'adhésion au présent règlement mutualiste, les salariés de l'adhérent bénéficiant du dispositif de portabilité ne seront pas pris en charge par la mutuelle SMI.

18.3.2 - Obligations du membre participant

Le membre participant devra faire parvenir à SMI lors de toute demande d'indemnisation d'un sinistre :

- le justificatif initial attestant de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- les attestations de paiement Pôle Emploi pour l'ensemble des mois antérieurs à l'arrêt de travail faisant l'objet d'une demande d'indemnisation par Pôle emploi ;
- les décomptes originaux de la Sécurité sociale faisant état des indemnités journalières versées.

En cas de remise tardive des justificatifs visés ci-dessus, le service de prestations au titre de la portabilité sera suspendu jusqu'à réception de ces justificatifs par SMI et le versement des prestations sera rétroactif.

Faute de recevoir ces documents la portabilité cessera immédiatement.

En tout état de cause, la portabilité des droits cessera dès que le membre participant ne sera plus pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Il s'engage, en conséquence, à informer SMI de tout événement entraînant la suppression de sa prise en charge (reprise d'un emploi, radiation, etc.).

La mutuelle SMI se réserve le droit, pour toute demande de prestation, de demander tout justificatif d'affiliation et de perception des allocations de retour à l'emploi. En cas de constatation de l'absence ou de la perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, la mutuelle SMI sera fondée à refuser le versement de la prestation demandée. Si des prestations ont déjà été versées, elle pourra en demander le remboursement.

18.3.3 - Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur chez l'adhérent pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture de son contrat de travail. Toute modification des garanties pendant la période de portabilité sera immédiatement applicable aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité.

Le cumul des sommes versées par SMI, par le régime obligatoire de Sécurité sociale ou par tout autre organisme, ainsi que notamment les salaires ou revenus de remplacement, 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.

18.3.4 - Modalités de financement

Le financement de la portabilité des droits est intégré aux cotisations du régime de prévoyance des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

L'équilibre contractuel reposant notamment sur le volume de salariés assurés, toute réduction des effectifs de plus de 15 % sur une période de 60 jours continus, pour quelque cause que ce soit, notamment mais non exclusivement en cas de procédure collective, de plan de sauvegarde de l'emploi ou de licenciements massifs, ne peut être prise en charge au titre de la portabilité qu'en contrepartie du paiement d'une prime unique.

L'adhérent s'engage à informer SMI dans un délai de dix jours à compter de l'atteinte de ces seuils.

Le montant de cette prime unique sera calculé en tenant compte notamment :

- de la proportion entre le nombre d'anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits et le nombre de salariés en activité affiliés au présent contrat ;
- des droits à portabilité estimés par SMI sur la base de la liste nominative détaillée des bénéficiaires des droits à portabilité communiquée par le Souscripteur.

À défaut du paiement de cette prime unique, dans son intégralité, les garanties prévues au contrat cesseront après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 11 relatif au défaut de paiement des cotisations, mettant ainsi un terme à la portabilité des droits visée à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

La dissolution de l'entreprise entraînant de facto la résiliation du contrat d'assurance, le maintien des garanties au titre de la portabilité cesse de plein droit à compter de la dissolution, quelle que soit la date à compter de laquelle les droits à portabilité ont pu être ouverts.

Chapitre VI

Obligations de déclaration et d'information

Article 19

Obligations de l'adhérent

19.1 - Déclaration des salariés et des salaires

Afin de mettre en œuvre les garanties souscrites définies au présent règlement mutualiste et au certificat d'adhésion joint au profit des membres participants, l'adhérent doit :

À l'adhésion :

- communiquer à SMI la liste du personnel entrant dans le champ d'application du règlement, que le contrat de travail des intéressés soit, ou non suspendu, mentionnant pour chaque adhérent les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, catégorie, date d'embauche et salaire annuel brut ;
- communiquer à SMI, en complétant le document fourni, la liste des salariés qui se trouvent, à la date d'effet du contrat, en incapacité de travail temporaire, en mi-temps thérapeutique, en invalidité permanente ou en incapacité permanente ;
- communiquer à SMI la liste des anciens salariés bénéficiaires, à la date d'effet du contrat, de la portabilité des droits et percevant à ce titre des prestations.

En cours de contrat :

- affilier tous les salariés embauchés ultérieurement à la date d'effet du contrat, dès lors qu'ils appartiennent à la catégorie définie au certificat d'adhésion et communiquer à SMI leurs nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, catégorie, date d'embauche et salaire annuel brut ;
- informer SMI, trimestriellement lors du règlement des cotisations, des salariés sortant des effectifs de la catégorie définie au certificat d'adhésion ;
- informer SMI, dans les conditions prévues à l'article 18.3, des salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité tel que prévu à l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale ;
- informer SMI, trimestriellement lors du règlement des cotisations, des salariés dont le contrat est suspendu, le motif de cette suspension et l'indemnisation éventuellement versée directement par l'adhérent ou tout autre tiers ;
- adresser annuellement à SMI la déclaration annuelle des salaires (DADS) ;
- en cas de sinistre, transmettre à SMI la demande de prestations accompagnée de toutes les pièces nécessaires à l'indemnisation des membres participants, telles que listées en annexe au présent règlement mutualiste.

19.2 - Déclaration relative aux risques en cours

L'adhérent doit déclarer à SMI, dans le document « État des risques en cours » signé par lui, les personnes présentant, à la date de prise d'effet du règlement indiquée au certificat d'adhésion ou à la date à laquelle elles acquièrent la qualité de membre participant, une situation de risques en cours, à savoir :

- les salariés inscrits aux effectifs de l'adhérent et se trouvant en incapacité temporaire de travail, mi-temps thérapeutique, invalidité permanente ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre par la Sécurité sociale ou satisfaisant à ce titre aux conditions générales d'ouverture du droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
- les salariés et anciens salariés (y compris les bénéficiaires de la portabilité des droits percevant à ce titre des prestations) qui bénéficient de prestations périodiques complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat de prévoyance souscrit par l'adhérent ;
- les bénéficiaires de rentes d'éducation ou rentes de conjoint

en vertu d'un précédent contrat souscrit par l'adhérent ayant le même champ d'application.

Ces informations ont pour objet de permettre à SMI, si elle accepte l'adhésion de l'employeur, de déterminer les conditions dans lesquelles elle peut prendre en charge, dans les conditions définies au certificat d'adhésion joint, ces risques en cours et ce, conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994, de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 et de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale.

La liste des personnes concernées, la nature des garanties, le niveau des prestations sur lesquelles SMI s'engage à ce titre, ainsi que les conditions financières de prise en charge de ces personnes sont détaillés, le cas échéant, dans le certificat d'adhésion obligatoirement joint au présent règlement mutualiste.

L'adhérent doit veiller à l'exactitude et à l'exhaustivité des éléments d'informations relatifs aux risques en cours et repris dans le certificat d'adhésion. Toute omission ou erreur devra être signalée à SMI afin qu'elle puisse actualiser les informations retenues et adapter en conséquence les modalités de financement et/ou de garanties.

Conformément à l'article 2 de la loi Evin, la mutuelle a l'obligation de la prise en charge des suites des états pathologiques antérieurs à l'adhésion au règlement. Toutefois, l'employeur doit veiller à l'exactitude et à l'exhaustivité des éléments figurant dans l'état des risques en cours.

En cas d'omission(s) ou d'erreur(s), la mutuelle aura la possibilité de réviser la tarification et pourra demander des dommages et intérêts à l'employeur.

19.3 - Information des membres participants

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, l'adhérent s'engage à remettre à chaque membre participant un exemplaire de la notice d'information établie par SMI et définissant les garanties souscrites ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Outre la notice, l'adhérent est également tenu de remettre à chaque membre participant les statuts de SMI.

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

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au règlement mutualiste collectif incombe à l'adhérent.

19.4 - Obligations liées au contrôle médical à l'adhésion

Pour une catégorie de personnel dont l'effectif à l'adhésion est inférieur ou égal à 5 salariés ou, quel que soit l'effectif à assurer, lorsque l'employeur souhaite couvrir la tranche C de la rémunération, il doit remettre à l'ensemble de ces salariés un questionnaire de santé simplifié ou détaillé.

Les salariés doivent compléter les formulaires et les adresser entièrement renseignés, signés sous enveloppe à l'attention de Médecin Conseil de SMI.

À réception et en fonction de l'analyse médicale des dossiers par le médecin conseil du service médical, des examens complémentaires pourront être demandés. SMI se réserve le droit soit d'appliquer une majoration sur les cotisations, soit de refuser l'adhésion.

Chapitre VII

Sauvegarde, suivi, résiliation et contrôle

Article 20

Clause de sauvegarde

Les garanties et les cotisations définies au présent règlement mutualiste ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature du certificat d'adhésion joint.

Conformément à l'article 8, en cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures ou de toute autre modification législative ou réglementaire impactant les engagements de SMI, les cotisations seront automatiquement

majorées à due concurrence.

Les garanties pourront toutefois être révisées, à chaque échéance annuelle dans les conditions définies au certificat d'adhésion joint.

Article 21

Rapport annuel sur les comptes

Conformément à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, SMI fournit à l'adhérent chaque année, au plus tard le 31 août de l'année suivante, un rapport sur les comptes du règlement mutualiste.

Article 22

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de SMI est l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution sise 4, place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09..

Chapitre VIII

Autres dispositions

Article 23

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L.221-11 et L.221-12 du code de la mutualité.

Ainsi, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où SMI en a eu connaissance ;
- 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 ou de ses ayants droit contre SMI 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.

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les garanties décès, le bénéficiaire des garanties n'est pas le membre participant.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, par l'adhérent ou le membre participant en ce qui concerne le règlement des prestations et par SMI en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

Article 24

Appréciation du risque et fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites, tant par l'adhérent que par le membre participant, servent de base à la garantie.

SMI se réserve la possibilité de demander à l'adhérent de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de l'adhésion, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations.

Dans tous les cas, SMI n'est engagée que sur la base des éléments qui lui ont été communiqués par l'adhérent.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la garantie qui lui est accordée par SMI est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour SMI, alors

même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à SMI qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 25

Déchéance

Le bénéficiaire des garanties décès qui a été condamné judiciairement pour avoir donné volontairement la mort au membre participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 26

Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, SMI est subrogée, jusqu'à concurrence du montant des dites prestations, dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables.

Article 27

Informatiques et libertés

A qui sont transmises les données personnelles des adhérents ?

Les données personnelles des membres participants sont destinées à la mutuelle SMI, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, SIREN 784 669 954, dont le siège social se situe 2, rue de Laborde - CS 40041- 75374 PARIS Cedex 08. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, le membre participant peut consulter le site www.mutuelle-smi.com.

Les données personnelles des membres participants peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à leurs partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de réaliser des opérations de prospection commerciale et lui proposer le service ou le produit le plus adapté à ses besoins. Ce traitement a pour base légale l'intérêt légitime des responsables de traitement.

Les informations complémentaires sur la collecte et le traitement des données personnelles du membre participant sont disponibles sur le site de la mutuelle. Le membre participant peut contacter le délégué à la protection des données par courrier postal auprès de SMI - Cellule droit d'accès - 2, rue de Laborde - CS 40041- 75374 PARIS Cedex 8 ou par mail à protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com.

Pourquoi avons-nous besoin de collecter et traiter les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de leur contrat d'assurance ;
- mener des actions de prévention ;
- lutter contre la fraude assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- conduire des actions de recherche et le développement dans le cadre des finalités précitées ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- exercer des recours et la gestion des réclamations ;
- exécuter nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ces traitements ont pour bases légales l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale et de lutte contre la fraude à l'assurance et le contrat du membre participant pour les autres finalités citées. Dans ce dernier cas, le refus du membre participant de fournir ses données entraîne l'impossibilité de conclure son contrat.

Le responsable de traitement peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat pour l'évaluation du risque. Le membre participant peut, dans ce cas, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre délégué à la protection des données.

Pendant combien de temps SMI conserve les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles collectées et traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pendant cinq ans. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées cinq ans. Le consentement du membre participant pour le dépôt de cookies/ tags est conservé 13 mois à compter de leur dépôt.

Quels sont les cookies utilisés sur le site Internet SMI ?

Pour en savoir plus sur le type de cookies déposé sur notre site et effectuer leurs choix, les membres participants peuvent consulter l'information spécifique aux cookies accessible sur la page dédiée de notre site Internet.

Quels sont les droits dont disposent les membres participants ?

Les membres participants disposent tout d'abord d'un droit d'opposition, qui leur permet de s'opposer à l'usage de leurs données à des fins de prospection commerciale, à tout moment, sans frais.

Les membres participants disposent également :

- d'un droit d'accès, qui leur permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données les concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement les concernant ;ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part ;
- d'un droit de demander la portabilité de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le membre participant a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat ;
- d'un droit de rectification : il permet au membre participant de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant ;
- d'un droit d'effacement : il permet au membre participant d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où les données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- d'un droit de limitation, qui permet au membre participant de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - si il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.

Le membre participant peut exercer ses droits par courrier : auprès de SMI - Cellule droit d'accès - 2, rue de Laborde - CS 40041-75374 PARIS Cedex 08.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il sera demandé au membre participant de justifier de son identité.

Le membre participant peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué à SMI son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de SMI d'un contrat en vigueur.

Le membre participant peut définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, le membre participant a la possibilité de saisir la commission nationale de l'informatique et libertés (CNIL).

Article 28

Réclamation et médiation

Toute réclamation peut être adressée à la mutuelle SMI par :

- courrier : à l'attention du service qualité, 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 PARIS CEDEX 08 ;
- internet : www.mutuelle-smi.com ;
- téléphone : au numéro de téléphone non surtaxé indiqué sur nos courriers.

La mutuelle SMI a fait le choix d'utiliser les services du médiateur de la FNMF (fédération nationale de la mutualité française)

Le médiateur peut être saisi soit :

- par courrier à l'attention de :
M. Le médiateur de la consommation de la mutualité française
FNMF, 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le médiateur peut être saisi par le membre participant ou son ayant droit dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée auprès de la mutuelle SMI et à condition que le traitement de cette demande ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse. Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

Le règlement de la médiation adoptée par la Fédération nationale de la mutualité française est disponible sur le site Internet de SMI et de la FNMF (<https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>).

Annexe

Récapitulatif des pièces justificatives à fournir

SMI se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations ou à la détermination de la qualité du ou des bénéficiaires.

Garanties décès

(décès toutes causes, décès par accident, perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes et accidentelle, double effet, rente éducation, allocation d'obsèques)

- la déclaration de décès ou la notification de la pension de 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale avec le justificatif de la majoration de la pension accordée pour assistance d'une tierce personne ;
- l'original de l'extrait d'acte de décès et/ou l'original de l'extrait d'acte de naissance de l'adhérent, ou le cas échéant des ayants droit décédé ;
- s'il y a lieu, une copie du rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie ;
- la copie du livret de famille et de la carte d'identité ;
- pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le versement des capitaux et rentes :
 - une attestation de non séparation de corps pour l'époux (se) marié(e) ;
 - PACS : attestation établissant leur engagement dans les liens d'un PACS valablement conclu et en vigueur à la date de l'évènement délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de conclusion du pacte ou de leur lieu de naissance ;
 - concubinage : certificat de vie commune ou de concubinage, ou à défaut, la présentation de tout document (facture EDF, quittance de loyer, etc.) attestant de la vie commune et faisant apparaître le nom de l'adhérent et de la personne avec laquelle il vit ;
 - une attestation annuelle confirmant l'absence de remariage

- ou de conclusion d'un nouveau PACS ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition s'il existe des enfants à charge ou, le cas échéant, des personnes à charge ;
- un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans ou une copie de la carte d'étudiant ;
- une photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le concernant ;
- un extrait d'acte de naissance du conjoint et des enfants pour le versement des prestations de rentes éducation et de conjoint ;
- une attestation trimestrielle de versement de l'allocation pour personne handicapée ;
- l'original du certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès de l'adhérent ;
- les photocopies des bulletins de salaires correspondant à la période de référence servant au calcul de la prestation ;
- pour les prestations versées sous forme de rentes, un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne du bénéficiaire
- la facture acquittée des frais d'obsèques ;
- la copie de la désignation de bénéficiaires de l'adhérent faite en dérogation de la clause type ;
- une attestation de non entrée en jouissance de la pension de réversion au titre du régime obligatoire ;
- toute pièce requise par l'administration fiscale ;
- pour le versement des rentes, certains justificatifs devront être produits régulièrement selon la périodicité définie par SMI et signifiée au bénéficiaire.

Garanties arrêt de travail

Incapacité temporaire totale

- la déclaration d'arrêt de travail ;
- les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale
- le certificat médical initial d'arrêt de travail et le certificat d'hospitalisation lorsque les garanties le nécessitent ;
- les photocopies des bulletins de salaires correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- en cas de rechute, reconnue comme telle, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ;
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne du bénéficiaire.

Invalidité permanente et incapacité permanente

- la déclaration d'arrêt de travail ;
- la notification d'attribution de rente d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente, émanant de la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- le justificatif de paiement de la rente de la Sécurité sociale ;
- les photocopies des bulletins de salaires correspondant à la période de référence servant au calcul des prestations ;
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne du bénéficiaire ;
- la copie du dernier avis d'imposition ;
- en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie ou d'incapacité de travail, une attestation Pôle emploi, si l'adhérent est licencié et perçoit à ce titre des prestations de cet organisme.



Siège social – Agence de Paris
2, rue de Laborde - CS 40041
75374 PARIS Cedex 08

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

www.mutuelle-smi.com