



**Contrat collectif de prévoyance
à adhésion obligatoire**

Convention

collective nationale
du 15 mars 1966
(Etablissements et services
pour personnes inadaptées
et handicapées)

Notice d'information

Édition 2018



Conformément à l'avenant n° 347 du 21 septembre 2018 à la Convention collective nationale de travail du 15 mars 1966, relatif au régime de prévoyance collectif, votre entreprise a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés :

► Cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,

► Non cadres, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,

auprès de l'un des organismes assureurs cités ci-dessous :

Soit MUTEX,

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

Siège social : 140, Avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX ;

La gestion étant confiée à la Mutuelle Chorum, Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 621 419,

Siège social : 4-8, Rue Gambetta - 92240 MALAKOFF ;

Soit AG2R REUNICA PREVOYANCE, Membre de AG2R LA MONDIALE,

Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,

Siège Social : 104-110, Boulevard Haussmann - 75008 PARIS - Membre du GIE AG2R REUNICA ;

Soit MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE,

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS ;

Soit HUMANIS PREVOYANCE,

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 410 005 110 et dont le siège social

est à PARIS (75014), 29, boulevard Edgar Quinet ;

Soit APICIL PREVOYANCE,

Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,

Siège Social : 38, Rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE ;

l'O.C.I.R.P. (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance),

Union d'Institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,

Siège social : 17, Rue de Marignan - 75008 PARIS.

Assureur des garanties rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

La présente notice d'information est établie par votre organisme assureur et vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par votre organisme assureur.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en dernière page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.



TABLE DES MATIÈRES

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS	4	CHAPITRE VII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	14
		Quel est l'objet de la garantie ?	14
		Quels sont les montants des prestations ?	15
		Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	15
		Quand cesse le versement des rentes ?	15
II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6	CHAPITRE VIII - GARANTIE RENTE HANDICAP	15
CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?	6	Quel est l'objet de la garantie ?	15
Quand les garanties prennent-elles effet ?	6	Quel est le montant de la rente ?	15
Quand cessent-elles ?	6	Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?	15
Quand sont-elles suspendues ?	6	Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	16
Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?	6	Quand cesse le versement des rentes ?	16
CHAPITRE II - LES COTISATIONS	8	CHAPITRE IX - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	16
Quelle est l'assiette des cotisations ?	8	Quel est l'objet de la garantie ?	16
Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	8	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	16
		Quel est le montant de la prestation ?	16
CHAPITRE III - LES PRESTATIONS	9	Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	17
Quelle est l'assiette des prestations ?	9	Que se passe-t-il en cas de rechute ?	17
Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?	9	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	17
Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	9	CHAPITRE X - GARANTIE INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	17
Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	10	Quel est l'objet de la garantie ?	17
		Quel est le montant des prestations ?	18
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	10	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	18
Contrôles	10	Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?	18
Litiges Médicaux	10	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	18
Réclamations et litiges	11	ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	20
Organisme de contrôle	11	ANNEXE 2 : MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	21
Protection des données	11	ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RÉCEPTION	23
Prescription	12		
Fausse déclaration	12		
Subrogation	12		
Territorialité	12		
III. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	13		
CHAPITRE V - DÉFINITIONS	13		
Enfants à charge	13		
Conjoint	13		
Concubin	13		
Partenaire de Pacs	13		
CHAPITRE VI - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	13		
Quel est l'objet de la garantie ?	13		
Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	14		
Quels sont les montants des capitaux ?	14		
Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?	14		

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Le tableau synthétise les garanties pour lesquelles vous êtes assuré et définit les montants des prestations pour chaque garantie.

PERSONNEL CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
Capitaux Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	En pourcentage du salaire de référence
Capital Décès toutes causes	Tranches A, B et C
Tout assuré	200 %
Capital IAD toutes causes	Tranches A, B et C
Tout assuré	250 %
Capital Double effet	Tranches A, B et C
Marié, concubin ou partenaire de Pacs avec un enfant à charge	200 %
Rente éducation	En pourcentage du salaire de référence
Rente éducation	Tranches A, B et C
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant (sous conditions de poursuite d'études, notamment)	20 %
<i>Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200 € par mois.</i>	
Rente temporaire substitutive de conjoint	Tranches A, B et C
Marié, concubin ou partenaire de Pacs sans enfant à charge	5 %
Rente handicap	En euros
Montant au premier avril 2018	593,44 euros
Incapacité Temporaire de Travail	En pourcentage du salaire de référence
Franchise discontinuée	Tranches A, B et C
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	78 %
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
Invalidité	En pourcentage du salaire de référence
Catégorie d'invalidité	Tranches A, B et C
3 ^e catégorie Sécurité sociale	78 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	78 %
1 ^e catégorie Sécurité sociale	48 %
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	En pourcentage du salaire de référence
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	Tranches A, B et C
Taux égal ou supérieur à 66 %	78 %
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	Formule
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	$3N/2 \times 78 \%$
<i>« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle</i>	
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au para-graphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	



PERSONNEL NON CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
Capitaux Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	En pourcentage du salaire de référence
Capital Décès toutes causes	Tranches A et B
Tout assuré	200 %
Capital IAD toutes causes	Tranches A et B
Tout assuré	250 %
Capital Double effet	Tranches A et B
Marié, concubin ou partenaire de Pacs avec un enfant à charge	200 %
Rente éducation	En pourcentage du salaire de référence
Rente éducation	Tranches A et B
Jusqu'à la date du 19 ^e anniversaire de l'enfant	15 %
Du 19 ^e anniversaire à la date du 26 ^e anniversaire de l'enfant (sous conditions de poursuite d'études, notamment)	20 %
<i>Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200 € par mois.</i>	
Rente temporaire substitutive de conjoint	Tranches A et B
Marié, concubin ou partenaire de Pacs sans enfant à charge	5 %
Rente handicap	En euros
Montant au premier avril 2018	593,44 euros
Incapacité Temporaire de Travail	En pourcentage du salaire de référence
Franchise discontinuée	Tranches A et B
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	78 %
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
Invalidité	En pourcentage du salaire de référence
Catégorie d'invalidité	Tranches A et B
3 ^e catégorie Sécurité sociale	78 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	78 %
1 ^e catégorie Sécurité sociale	48 %
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	En pourcentage du salaire de référence
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	Tranches A et B
Taux égal ou supérieur à 66 %	78 %
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	Formule
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	$3N/2 \times 78 \%$
<i>« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle</i>	
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes versées par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne. En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au para-graphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.</i>	

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I

QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Les garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat.

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail et affilié au régime général de la Sécurité sociale à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction. **Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration effectuée par votre employeur.**

Dès lors que vous êtes affilié au contrat, vous êtes appelé « assuré ».

Quand cessent-elles ?

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu ci-après (cf. « *Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail, en cas de résiliation du contrat et dans le cadre de la portabilité des droits* »), les garanties cessent :

- ▶ à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- ▶ à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée) sauf si vous pouvez prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu ci-après,
- ▶ et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Quand sont-elles suspendues ?

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension de votre contrat de travail, en dehors des cas visés au paragraphe ci-dessous « *En cas de suspension du contrat de travail indemnisé* ».

La suspension des garanties intervient à la date de suspension de votre contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès votre reprise du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que votre organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant votre reprise de travail. **Au-delà de ce délai, les garanties**

ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de votre employeur.

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

À compter du deuxième mois de suspension de votre contrat de travail (en dehors des cas visés à l'article « *En cas de suspension du contrat de travail indemnisé* », vous pouvez à titre facultatif demander le maintien des garanties décès, invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap durant la période de suspension de votre contrat de travail dans les conditions définies en annexe n° 2.

Dans quels cas les garanties sont-elles maintenues ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisé

Lorsque la période de suspension de votre contrat de travail donne lieu à :

- ▶ un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- ▶ ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par votre employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

les garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisé sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue au chapitre II.

Si votre contrat de travail est suspendu suite à l'exercice du droit de grève ou si vous bénéficiez d'un congé non rémunéré de toute nature, d'une durée maximale d'un mois consécutif, vos garanties seront maintenues dans les conditions indiquées ci-dessus.

En cas de cessation du contrat de travail

À la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti dans les limites prévues aux conditions contractuelles en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail, dès lors que vous bénéficiez à ce titre des prestations au titre du contrat ou que vos droits à prestation sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail.

En cas de résiliation du présent contrat

Lorsque vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du présent contrat, postérieurement à sa résiliation, le bénéfice des garanties prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive est maintenu, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce, au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du contrat ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, dans les conditions définies au chapitre III (cf. « *Comment les prestations sont-elles revalorisées ?* »).

Les organismes assureurs garantiront les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues à la Notice d'Information des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation.

Les organismes assureurs pourront vous proposer la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que vous en fassiez la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

Dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés de l'entreprise, ci-après dénommée le souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- ▶ dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- ▶ justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage (attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et attestation d'indemnisation par le régime d'assurance, étant précisé que ce dernier document n'est pas demandé

si la demande de prestation intervient pendant une période de délai d'attente ou de différé d'indemnisation par Pole emploi), à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;

- ▶ et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail.

Durée

Vous gardez le bénéfice de ce maintien des garanties 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 lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme assureur par le souscripteur, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat, ou la date d'effet du transfert de personnes au contrat faisant suite à une fusion avec une autre entreprise ou à une opération de restructuration assimilée, bénéficient du maintien des garanties définies à la présente notice d'information pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage et la période de carence n'ont pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits de la portabilité.

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- ▶ **à la date de cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou lorsque vous ne pouvez plus justifier de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé ;**
- ▶ **en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues ci-après ;**
- ▶ **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail ;**
- ▶ **au jour de la survenance de votre décès.**

Obligations de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées au paragraphe « Bénéficiaires de la portabilité » ci-avant, et notamment de votre indemnisation par le régime d'assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties.



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de votre situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage. En cas de sinistre, vous devrez compléter la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage, et l'adresser à l'organisme assureur.

Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. À ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie des salariés à laquelle vous apparteniez avant la cessation de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire brut fixe ayant servi d'assiette aux cotisations du contrat au cours des douze mois civils, majoré des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues ayant donné lieu à cotisation au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite), précédant la date de cessation de votre contrat de travail, et hors sommes de toute nature liées à la cessation de votre contrat de travail.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est entièrement reconstitué.

Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, **les obligations de votre ancien employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées** sur la base de ce que vous auriez perçu si vous étiez resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction de la prestation servie par le contrat au titre de la portabilité. De même, pour les anciens salariés qui ne satisfaisaient pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue est calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

Cumul des prestations

En tout état de cause, **les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.**

Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- ▶ au maintien des garanties décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- ▶ au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant au chapitre III (cf. « *Comment les prestations sont-elles revalorisées ?* »),
- ▶ à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Obligations de votre employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

- ▶ porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- ▶ informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de votre travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE II LES COTISATIONS

Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire de référence a pour base de calcul le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches A, B et C.

On entend par :

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

Ce salaire comprend les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite...).

Les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire, à effet du 1^{er} janvier 2019, n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaires mentionnées ci-avant.

Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou

d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité, de l'incapacité permanente professionnelle, ou en congé légal de maternité, et que vous ne percevez plus aucune rémunération.

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 votre employeur.

CHAPITRE III LES PRESTATIONS

Quelle est l'assiette des prestations ?

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire fixées au tableau des garanties et prestations figurant au titre I de la présente notice.

Le salaire de référence des prestations est le salaire brut fixe ayant servi d'assiette aux cotisations du contrat au cours des douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement perçues ayant donné lieu à cotisation au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (notamment prime de départ à la retraite).

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est entièrement reconstitué.

Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes servies par la Sécurité sociale, au salaire versé par votre employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, vous permettre de percevoir en net plus que votre salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- ▶ si vous n'exercez plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après ;
- ▶ si vous exercez une activité à temps partiel, le salaire que vous auriez perçu si vous aviez repris votre activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur

la base du salaire que vous percevez au titre de votre activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de votre temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Comment les prestations sont-elles revalorisées ?

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

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès.

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

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive, l'assiette des prestations de la rente éducation, de la rente substitutive de conjoint et de la rente handicap, correspond au dernier salaire annuel brut effectivement versé au salarié, revalorisé selon un indice fixé annuellement par le conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Au titre des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité – incapacité permanente professionnelle :

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve lorsque vous êtes le bénéficiaire, que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^e jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée entre le

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Au titre des garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap :

Les rentes éducation, substitutive de conjoint et handicap sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du contrat, le salaire de référence et les prestations ne seront plus revalorisés à la date d'effet de la résiliation, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date.

Revalorisation des prestations dues à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des capitaux versés en cas d'accident, font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Revalorisation des arrrages de rentes entre le décès ouvrant droit aux prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrrages de rentes échus (prestations dues par votre organisme assureur) entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Durant la période se situant entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date d'échéance de l'arrrage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 19.2. À compter de la date d'échéance de l'arrrage et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrrage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?

Ne sont pas pris en charge les sinistres résultant :

- ▶ de votre fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- ▶ du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- ▶ du fait d'une guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- ▶ du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs

ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,

- ▶ d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès, à la rente handicap, à la rente éducation ou à la rente substitutive de conjoint. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Contrôles

Les organismes assureurs peuvent à tout moment :

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

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs.

La situation médicale de l'assuré peut conduire les organismes assureurs à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

Litiges Médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil ou contrôleur des organismes assureurs et votre médecin traitant.

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

Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou du contrôleur ou du médecin expert choisi par les organismes assureurs



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

pour les représenter lors de l'arbitrage restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

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

Réclamations et litiges

Pour toute réclamation ou tout litige, vous pouvez vous adresser ainsi que votre employeur et les bénéficiaires des prestations aux services de gestion de la Mutuelle Chorum.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, vous pouvez écrire ainsi que votre employeur et les bénéficiaires des prestations à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

En cas de désaccord, la réclamation peut être adressée, selon le type de garanties aux organismes suivants, au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel :

- Pour les garanties **décès - invalidité absolue et définitive, double effet, incapacité temporaire, invalidité - incapacité permanente professionnelle** assurées par Mutex :

Mutex met à votre disposition et à celle des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex, non résolue après avoir tenté de résoudre le litige directement auprès de l'organisme assureur par une réclamation écrite.

Le médiateur de l'assurance peut être saisi par vous-même ou le bénéficiaire des prestations en adressant la demande à l'adresse suivante :

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

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

- Pour les garanties **rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap** assurées par l'OCIRP :

Vous pouvez vous adresser ainsi que votre employeur ainsi que les bénéficiaires des prestations au médiateur de la protection sociale (CTIP). Le médiateur du CTIP ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, des décisions d'augmentation des cotisations ni les procédures de recouvrement des cotisations.

L'avis rendu par le médiateur du CTIP ne lie pas les parties. Cet avis, écrit et motivé, sera transmis aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet. Tout avis est rendu en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

Le recours au médiateur du CTIP est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Le médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 Paris

ou en remplissant le formulaire en ligne sur le site internet www.ctip.asso.fr, rubrique « Médiateur de la protection sociale ».

Organisme de contrôle

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

Protection des données

Vos données à caractère personnel ainsi que celles des bénéficiaires des prestations font l'objet d'un traitement mis en œuvre par Mutex et la mutuelle Chorum. Votre employeur vous informera, et/ou informera les bénéficiaires des prestations, que des traitements vous concernant, et/ou concernant les bénéficiaires des prestations, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements. Dans ce cadre, Mutex et la mutuelle Chorum seront tenus de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les données collectées sont destinées aux services concernés de Mutex et de la mutuelle Chorum ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires ou partenaires notamment l'Ocirp.

Si vous et/ou les bénéficiaires des prestations ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez ainsi que les bénéficiaires des prestations du droit de faire opposition au

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

démarchage téléphonique en entrant les numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Vous disposez, ainsi que les bénéficiaires des prestations, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement et d'opposition concernant ces données, de définir des directives sur leur sort après le décès, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement.

Vous pouvez exercer vos droits, ainsi que les bénéficiaires des prestations, auprès du délégué à la protection des données (DPO) de Mutex soit par mail dpo@mutex.fr, soit par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous disposez, ainsi que votre employeur et/ou les bénéficiaires des prestations, d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à l'adresse suivante : 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 7.

Des données relatives à l'état de santé peuvent être traitées, après avoir recueilli le consentement de la personne concernée, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical de Mutex. L'exercice de vos droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque vous n'êtes pas le bénéficiaire des garanties et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont vos ayants droit.

Toutefois, ce délai ne court :

- ▶ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- ▶ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance de votre décès.

Quand votre action contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescrip-

tion ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous-même ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

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

Fausse déclaration

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, lorsque vous êtes victime d'un accident dans vos droits et actions ou ceux de vos ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

III. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE V DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, vos enfants et ceux de votre conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- ▶ jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- ▶ jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- ▶ quelle que soit la durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

Sont également considérés comme à charge :

- ▶ les enfants à naître et nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- ▶ les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de votre conjoint, votre partenaire lié par un PACS, votre concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu à votre foyer jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondant aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Conjoint

On entend par conjoint, votre époux (ou épouse) non séparé(e) de corps judiciairement et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec vous au moment de l'événement ouvrant droit à garantie. La définition de concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au sinistre. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou a été adopté lors de votre vie commune.

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne liée à vous par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

Franchise

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle vous ne pouvez pas prétendre au service des prestations.

CHAPITRE VI GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

Quel est l'objet de la garantie ?

Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes (IAD)

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

On entend par invalidité absolue et définitive, l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

- ▶ l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L.341-4 3^o du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale,

- ▶ l'incapacité permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de l'invalidité absolue et définitive du capital décès toutes causes met fin à la garantie.

Capital double effet

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survenu postérieurement ou simultanément au vôtre, d'un capital au profit des enfants restant à charge, réparti à parts égales entre eux.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital double effet met fin à la garantie double effet.

Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?

Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire, soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur dans l'hypothèse de la survenance de votre décès.

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

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

- ▶ soit par voie d'avenant signé par l'organisme assureur, vous-même et le bénéficiaire,
- ▶ soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé par vous-même et par le bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'organisme assureur pour lui être opposable.

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

- ▶ à votre conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement ;
- ▶ à défaut à votre concubin notoire ou à votre partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- ▶ à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;

- ▶ à défaut, à vos petits enfants par parts égales,
- ▶ à défaut de descendants directs, à vos parents survivants par parts égales,
- ▶ à défaut de ceux-ci, à vos grands-parents survivants par parts égales,
- ▶ à défaut, et par parts égales, à vos frères et sœurs,
- ▶ à défaut de tous les susnommés, à vos héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

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

Bénéficiaires du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous êtes le bénéficiaire des capitaux.

Bénéficiaires du capital double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont les enfants à charge à parts égales entre eux.

Quels sont les montants des capitaux ?

Les montants des capitaux sont définis au titre I de la présente notice d'information.

Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu au chapitre IV.

CHAPITRE VII GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Quel est l'objet de la garantie ?

Rente éducation

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, d'une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant son 26^e anniversaire, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handi-



capé, soit l'allocation pour adulte handicapé) ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de la carte de mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent assuré.

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

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie. En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive se poursuit en cas de décès de l'assuré.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Lorsque vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé à votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour de votre décès ou invalidité absolue et définitive, une rente temporaire de conjoint, en lieu et place de la rente éducation.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes substitutives de conjoint met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

Quels sont les montants des prestations ?

Les montants des prestations sont définis au titre I de la présente notice d'information.

Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

Les rentes prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

La déclaration de décès ou de reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'événement.

Elles sont versées trimestriellement à terme avance et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre écoulé.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes éducation prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au 1^{er} jour suivant la date de son décès. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

Le service des rentes temporaires substitutives de conjoint cesse :

- ▶ à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du bénéficiaire et au plus tard à la date à laquelle il a atteint l'âge de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale à taux plein,
- ▶ et en tout état de cause au jour de la survenance de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE VIII GARANTIE RENTE HANDICAP

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet d'assurer, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive, quelle qu'en soit la cause, le versement d'une rente viagère handicap au bénéfice de chaque enfant handicapé à charge atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche :

- ▶ soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle,
- ▶ soit, si l'enfant est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau académique,

et ce, par référence à l'article 199 septième du Code général des Impôts.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes handicap met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

Quel est le montant de la rente ?

Le montant annuel de la rente handicap est exprimé en euros et est défini au titre I de la présente notice d'information.

Le montant de la prestation de base est revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP

Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?

Pour justifier du handicap de chaque enfant concerné, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée à l'attention du

médecin conseil de l'organisme assureur, un certificat médical attestant, à la date de la survenance de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont il est atteint.

En outre, le médecin conseil se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- ▶ un justificatif du taux d'incapacité de 80 % reconnue par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées),
- ▶ un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %, si la CDAPH a reconnu l'impossibilité de travailler,
- ▶ la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005,
- ▶ un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

Les rentes prennent effet au premier jour du mois civil suivant votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme avance, le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre, à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et de la décision favorable du médecin conseil.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal.

Au 1^{er} janvier de chaque année, doit être adressée toute pièce valant certificat de vie ; à défaut, le service de la rente est suspendu.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes prend fin au premier jour du trimestre suivant :

- ▶ la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits,
- ▶ et en tout état de cause à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de son décès.

CHAPITRE IX GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, d'indemnités journalières complémentaires, à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou

de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, lorsque vous vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise définie au titre I de la présente notice d'information.

La détermination de la franchise discontinuée est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées ou non par l'organisme assureur, intervenues dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise définie au titre I, le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

Quels est le montant de la prestation ?

Conditions de prise en charge

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, il vous est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant défini au titre I de la présente notice.

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

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu au chapitre IV.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées au chapitre III (cf. « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? »).

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), le versement des indemnités journalières complémentaires ne se fera qu'après accord de la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance sous déduction d'une indemnité Sécurité sociale reconstituée de manière théorique, sans toutefois se substituer à celle de la Sécurité sociale.

Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- ▶ du jour de votre reprise de travail à temps complet,
- ▶ du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- ▶ de la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par les textes en vigueur,
- ▶ en tout état de cause au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail,
- ▶ au jour de votre décès.

Que se passe-t-il en cas de rechute ?

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L322-3, 3^e, 4^e et L 324-1 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale, directement à votre employeur, à charge pour lui de vous les reverser après précompte des charges sociales le cas échéant, et en cas de cessation de votre contrat de travail à vous-même.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale vous aurait versées si vous aviez satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

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

CHAPITRE X GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Quel est l'objet de la garantie ?

Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- ▶ 1^{re} 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. »

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies ci-après, de vous indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée le cas échéant par la Sécurité sociale.

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Quel est le montant des prestations ?

Garantie invalidité

Le montant de la prestation défini au titre I de la présente notice d'information s'entend y compris les prestations brutes de CSG, de CRDS et de CASA servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne.

Garantie incapacité permanente professionnelle

Le montant de la prestation défini au titre I de la présente notice d'information s'entend y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

Quel est le point de départ de l'indemnisation ?

Les pensions d'invalidité ou les rentes d'incapacité permanente professionnelle sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de votre pension d'invalidité ou de votre rente d'incapacité.

Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?

Le service des rentes ou des pensions prend fin à dater soit :

- ▶ du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de votre pension d'invalidité ou de votre rente d'incapacité permanente professionnelle ou à la date à laquelle le médecin conseil ou contrôleur de votre organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- ▶ du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % ;
- ▶ de la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- ▶ au jour de votre décès.

Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Modalités de règlement des prestations

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les rentes ou pensions servies vous sont versées directement, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

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

Modalités de gestion spécifiques aux assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin

III. CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE suite

conseil ou contrôleur de l'organisme assureur, en accord avec votre médecin traitant et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions vous sont notifiées et elles s'imposent à vous si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire de votre médecin traitant,

dans les conditions définies au chapitre IV (cf. « *Litiges médicaux* »).

Vous ne pouvez pas vous soustraire au contrôle du médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur ; votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont vous devrez apporter la preuve).

ANNEXE 1

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité de travail (ITT)	Rente Invalidité et IPP	Décès IAD	Rente Education Rente handicap	Rente de conjoint
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●				
En cas de temps partiel thérapeutique, les attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale					
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●	●
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle signée par le représentant qualifié de votre employeur					
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		●			
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée					
Demande de capital Décès ou IAD ou IPP signée par le représentant qualifié de votre employeur			●		
Acte de décès (bulletin de décès)					
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale			●	●	●
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt					
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			●	●	●
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit					
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●	●	●
Copie de votre dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui de votre concubin ou partenaire Pacs					
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pour les enfants de plus de 20 ans.			●	●	
Si personne handicapée à charge, la carte d'invalidé civil ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé					
Justificatifs en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations			●	●	●
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage					
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			●	●	●
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone,...)					
S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois			●		●
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire					



ANNEXE 2

MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisé, vous pouvez demander à bénéficier, à compter du 2^e mois de suspension de votre contrat de travail non rémunéré, à titre facultatif, du maintien des garanties décès/invalidité absolue et définitive, rente éducation, rente de conjoint substitutive et rente handicap pendant toute la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information sur ce maintien facultatif incombe à votre employeur.

Condition de mise en œuvre

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée à votre organisme assureur par l'intermédiaire de votre employeur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail.

Au-delà de ce délai, vous ne pourrez plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

Durée et modalités du maintien des garanties

Le dispositif de maintien des garanties décès entre en application à compter de la date de suspension de votre contrat de travail.

Le maintien des garanties décès cesse :

- ▶ à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail,
- ▶ en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- ▶ à la date de cessation de votre contrat de travail,
- ▶ à la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- ▶ à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Prestations

Les garanties décès maintenues sont identiques à celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini à la notice d'information (Cf « *Quelle est l'assiette des prestations ?* » du chapitre III), et qui précède la date du début de suspension de votre contrat de travail.

Cotisations

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu avant la date de début de suspension de votre contrat de travail, majoré du 1/12^e des rémunérations variables supplémentaires perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de votre contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé à votre employeur pour la période correspondant à la durée totale de suspension de votre contrat de travail. Votre employeur reverse ensuite le montant intégral des cotisations aux organismes assureurs.

À défaut de paiement des cotisations, vous êtes radié et ne pouvez plus bénéficier du maintien des garanties.

ANNEXE 3

ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

ATTESTATION DE RÉCEPTION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu la notice d'information « Edition 2018 » du régime de prévoyance de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 au bénéfice de l'ensemble des salariés :

- ▶ Cadres, c'est-à-dire le personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,
- ▶ Non cadres, c'est à dire le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

A _____ le _____

Signature :





Gestionnaire
Mutuelle soumise aux dispositions au Livre II
du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 784 621 419
Siège social :
4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff



Assureur de garanties
Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
RCS Nanterre 529 219 040
Siège social :
140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex



Assureur de garanties
Organisme Commun des Institutions de Rentes et Prévoyance
Union d'institutions de prévoyance régie
par le Code de la Sécurité sociale
Siège social :
17, Rue de Marignan – 75008 PARIS