



**Prévoyance collective
à adhésion obligatoire**

**Contrat collectif de prévoyance
complémentaire au contrat conventionnel**

Convention

collective nationale
de travail du 15 Mars 1966
(Etablissements et services pour
personnes inadaptées et handicapées)
IDCC 413 – Brochure JO n° 3116

Notice d'information

Édition 2022

Ensemble du personnel

PRÉAMBULE

Votre structure a souscrit, en complément des garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant le régime conventionnel de prévoyance défini par la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966 (établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées), l'une ou plusieurs des couvertures suivantes auprès de MUTEX :

- ▶ l'ensemble des garanties Décès : capital décès et Invalidité Absolue et Définitive (IAD), double effet et frais d'obsèques, définies au chapitre VI ;
- ▶ la garantie Rente de conjoint définie au chapitre VII ;
- ▶ la garantie Incapacité temporaire de travail définie au chapitre VIII.

Les garanties décès et incapacité temporaire de travail sont assurées par MUTEX, Société anonyme régie par le Code des assurances ; la garantie rente de conjoint est assurée par l'OCIRP, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

MUTEX gère la garantie Rente de conjoint au nom et pour le compte de l'OCIRP.

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

Les garanties décès et rente de conjoint peuvent être souscrites :

- ▶ soit au bénéfice du personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017,
- ▶ soit au bénéfice du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017,
- ▶ soit au bénéfice de l'ensemble de ce personnel.

La garantie incapacité temporaire de travail peut être souscrite uniquement au bénéfice de l'ensemble de ce personnel.

Il convient de vous référer au(x) résumé(s) de garantie(s) joint(s) remis pour chaque couverture afin de connaître la ou les garanties expressément souscrites par votre employeur à votre bénéfice.

Vous êtes affilié au(x) contrat(s) dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le ou les contrats complémentaires ont été souscrits, que vous êtes sous contrat de travail, ou ancien salarié bénéficiaire de la portabilité des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés.

La présente notice, associée au(x) résumé(s) de garantie(s) obligatoirement joint(s), vous permet de connaître la ou les garanties et prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du ou des contrats de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

La notice d'information indique également le contenu des clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Chaque résumé de garantie mentionne notamment la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, la garantie souscrite par votre employeur, ainsi que sa prise d'effet.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces dispositions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

La présente notice d'information et le ou les résumés de garanties vous sont obligatoirement remis 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 et/ou un nouveau résumé de garanties mis à jour, ou un additif à la notice établi à cet effet par les organismes assureurs.

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 accompagnée du ou des résumés de garanties correspondants.



TABLE DES MATIÈRES

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS	4	III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE	15
II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5	CHAPITRE V - DÉFINITIONS	15
CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?	5	Enfants à charge	15
Quand les garanties prennent-elles effet ?	5	Conjoint	15
Quand cessent-elles ?	5	Concubin	15
Quand sont-elles suspendues ?	5	Partenaire de Pacs	15
Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ?	5	Invalidité absolue et définitive	15
CHAPITRE II - LES COTISATIONS	7	Franchise	15
Quelle est l'assiette des cotisations ?	7	CHAPITRE VI - GARANTIES DÉCÈS : CAPITAL DÉCÈS OU IAD, DOUBLE EFFET ET FRAIS D'OBSÈQUES	16
Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	8	Quel est l'objet de la garantie ?	16
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?	8	Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	16
CHAPITRE III - LES PRESTATIONS	8	Quels sont les montants des prestations ?	17
Quelle est l'assiette des prestations ?	8	Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?	17
Quel est le montant maximum des prestations incapacité ?	9	CHAPITRE VII - GARANTIE RENTE DE CONJOINT	17
Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	9	Quel est l'objet de la garantie ?	17
Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	10	Quels sont les montants des prestations ?	17
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	11	Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	17
Contrôles	11	Quand cesse le versement des rentes ?	17
Litiges médicaux	11	CHAPITRE VIII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	17
Réclamations et litiges	11	Quel est l'objet de la garantie ?	17
Organisme de contrôle	12	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	18
Protection des données à caractère personnel	12	Quel est le montant de la prestation ?	18
Prescription	13	Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	18
Fausse déclaration	14	Que se passe-t-il en cas de rechute ?	18
Subrogation	14	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	19
Territorialité	14	ANNEXE 1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	21
		ANNEXE 2 - ATTESTATION DE RÉCEPTION	23

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	PERSONNEL CADRE	PERSONNEL NON CADRE
	MONTANTS DES PRESTATIONS	
Capitaux Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	En pourcentage du salaire de référence	
Capital Décès - IAD toutes causes	Tranches A, B et C	Tranches A et B
Toute personne assurée	100%	100%
Capital Double effet	Tranches A, B et C	Tranches A et B
Marié, concubin ou partenaire de Pacs, avec un enfant à charge	100%	100%
Frais d'obsèques	En pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès	
Assuré	100%	100%
Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	100%	100%
Enfant à charge de 12 ans et plus	100%	100%
Rente de conjoint	En pourcentage du salaire de référence	
Rente de conjoint viagère	Tranches A, B et C	Tranches A et B
Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	5%	5%
Rente de conjoint temporaire	Tranches A, B et C	Tranches A et B
Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	5%	5%
Incapacité Temporaire de Travail	En pourcentage du salaire de référence	
Franchise discontinuée ⁽¹⁾	Tranches A, B et C	Tranches A, B et C
Indemnisation à compter : ▶ du 60 ^e jour, à l'issue de 59 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu ou ▶ du 30 ^e jour, à l'issue de 29 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	100%	100%

La prestation, sous déduction des prestations nettes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale, est majorée des charges salariales appliquées au salaire d'activité que vous auriez perçu si vous aviez travaillé, et à hauteur de la participation employeur sur la cotisation de la garantie Incapacité temporaire totale, lorsqu'elle est versée à votre employeur (c'est-à-dire en l'absence de cessation de votre contrat de travail).
 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.

(1) Se référer à l'annexe de garantie obligatoirement jointe pour connaître la franchise expressément souscrite par votre employeur.



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 à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement ou que vous avez changé de catégorie professionnelle postérieurement à la date d'effet du contrat, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche ou de ce changement de catégorie, 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 gestionnaire 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 pour les assurés bénéficiaires de prestations, en cas de résiliation du contrat et dans le cadre de la portabilité des droits »), les garanties cessent :

- ▶ à la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré,
- ▶ 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),
- ▶ 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 ne donnant pas lieu :

- ▶ à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,

- ▶ au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par votre employeur et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

- ▶ au versement d'un revenu de remplacement par votre employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.).

Il en est ainsi notamment en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde, congé de proche aidant et tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail non rémunérée telle que décrite ci-dessus.

Les garanties reprennent effet dès votre reprise du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme gestionnaire en soit informé dans les 3 mois suivants. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme gestionnaire 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.

Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

- ▶ à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- ▶ ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par votre employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ▶ ou au versement d'un revenu de remplacement par votre employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée 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.



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

En cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat conventionnel ou du contrat complémentaire « Incapacité temporaire de travail » s'il a été souscrit par votre employeur, à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation de votre contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat conventionnel ou du contrat complémentaire « Incapacité temporaire de travail » à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de l'événement ouvrant droit à prestations, durant la période pendant laquelle vous bénéficiez de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

En cas de résiliation du contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de survenance de votre décès ou invalidité absolue ou définitive, est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du contrat conventionnel ou du contrat complémentaire « Incapacité temporaire de travail » s'il a été souscrit par votre employeur, ou si vos droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat si vous êtes salarié.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation 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, et dans les conditions définies au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »).

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 la structure, 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

Bénéficient 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 gestionnaire 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 Pôle 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 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 dans le cas de la reprise de ces engagements par le souscripteur, 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 n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.**

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**





II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que vous n'apportez plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;

- 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 gestionnaire, 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.

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme gestionnaire 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, une 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 devra être adressée à l'organisme gestionnaire par vous-même ou votre bénéficiaire.

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 du personnel à laquelle vous apparteniez à la date de cessation de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

- Base de calcul des prestations maintenues
La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au chapitre III (cf. « Quelle est l'assiette des prestations ? »), précédant la date de cessation de votre contrat de travail hors sommes de toute nature versées à cette occasion.
- Montant des prestations maintenues
Afin d'assurer le maintien de la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail lors du calcul des prestations et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de votre ancien employeur, légales ou conventionnelles, 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 des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité. De même, si vous

ne satisfaisiez 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 sera 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.**

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que vous auriez pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité.

Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux assurés en activité entrant dans la catégorie de personnel assuré (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 assurés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des rentes de conjoint 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 gestionnaire de la cessation de votre contrat de 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 servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total versé par votre employeur, dans la limite des tranches A, B et C.



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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...).

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.

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini au chapitre I de la présente notice d'information (cf. « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée »), le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

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 en arrêt de travail et bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies au titre du contrat conventionnel et que vous vous trouvez en arrêt de travail depuis une période de 90 jours continus ou discontinus, ou en congé légal de maternité, au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et que vous ne percevez plus aucune rémunération de votre employeur.

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.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?

A défaut de paiement de la cotisation par votre employeur dans les quinze jours de son échéance, après une mise en demeure adressée à ce dernier par MUTEX par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai

de trente jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

CHAPITRE III LES PRESTATIONS

Quelle est l'assiette des prestations ?

Les prestations sont exprimées en pourcentage :

- ▶ du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pour la garantie frais d'obsèques,
- ▶ du salaire de référence tel que défini ci-après pour les autres garanties, dans les limites des tranches de salaire fixées au tableau des garanties et prestations figurant au titre I de la présente notice.

Au titre des prestations Décès - Invalidité Absolue et Définitive, Double effet et Rente de conjoint

Le salaire de référence est le salaire brut fixe versé par votre employeur ayant été soumis à cotisation au titre du contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à 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 vous avez bénéficié d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par votre employeur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par votre employeur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la





II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Au moment de la survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive, dès lors que vous êtes bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le contrat conventionnel, ou le contrat complémentaire « Incapacité temporaire de travail » s'il a été souscrit par votre employeur, au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle au cours de cette période, le salaire de référence est celui retenu pour le calcul des dernières prestations converti en brut, y compris les éventuelles revalorisations.

Au titre de la prestation Incapacité temporaire de travail

Le salaire de référence est le salaire net à payer fixe versé par votre employeur au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

On entend par salaire net à payer fixe, le salaire brut fixe versé par votre employeur ayant été soumis à cotisation au titre du contrat, sous déduction des cotisations sociales salariales.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire net à payer fixe intégralement reconstitué.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement 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).

Lorsque vous avez bénéficié d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par votre employeur durant la période de maintien des garanties et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales applicables.

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

Quel est le montant maximum des prestations incapacité ?

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation

complémentaire pour recours à tierce personne), 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 décès et double effet, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et que vous êtes indemnisé par le contrat conventionnel) d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus, à la date 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 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 de conjoint 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.

En cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Revalorisation des rentes de conjoint en cours de service

En cours de vie du contrat, les rentes de conjoint en cours de service sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

Par principe, en cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les rentes de conjoint en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Toutefois, dans le cas où votre employeur déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat collectif de prévoyance assurant la garantie rente de conjoint n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation, la revalorisation des rentes de conjoint en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues ci-avant.

Revalorisation des prestations décès prévue à l'article L. 132-5 du Code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L. 132-5 du Code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- ▶ soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- ▶ soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

(*) article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale.

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s)

Conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale par renvoi de

l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'Institution correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?

Exclusions concernant la garantie capital décès - invalidité absolue et définitive

Sont exclus de la garantie décès - IAD les sinistres résultant :

- ▶ de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- ▶ de la désintégration du noyau atomique,
- ▶ d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raisons impératives, telle que publiée sur le site du ministère des Affaires étrangères français.

Pour la garantie double effet, le conjoint, concubin ou partenaire de Pacs se voient également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Exclusions concernant l'incapacité de travail

Sont exclus de la garantie incapacité de travail les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués.

Exclusions concernant la garantie rente de conjoint

Sont exclus de la garantie rente de conjoint les sinistres résultant :

- ▶ de guerre étrangère à laquelle la France serait partie impliquée,
- ▶ de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- ▶ des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.





II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Exclusions concernant la garantie frais d'obsèques

Sont exclus de la garantie frais d'obsèques les sinistres résultant :

- ▶ de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- ▶ de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L. 6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être vous-même,
- ▶ d'agressions commises par vous-même, de luttes ou rixes auxquelles vous auriez participé sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que vous y participez,
- ▶ 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 la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Votre conjoint, concubin, partenaire de Pacs et enfant à charge de plus de 12 ans se voient également appliquer les exclusions de risques définis ci-dessus.

Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire à votre encontre est déchu de tout droit aux garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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

Litiges médicaux

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

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

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la 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 l'organisme gestionnaire pour les garanties décès - Invalidité Absolue et Définitive, double effet, frais d'obsèques et incapacité temporaire de travail, et aux services de gestion de MUTEX pour les autres garanties.

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 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 **capital décès-IAD, double effet, frais d'obsèques et incapacité temporaire** 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.



II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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 : <https://www.mediation-assurance.org>

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

► pour la garantie **rente de conjoint** assurée par l'OCIRP : Vous pouvez vous adresser ainsi que votre employeur et 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 Cambacérès
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 à caractère personnel

Vos données à caractère personnel, et le cas échéant les données à caractère personnel des bénéficiaires, collectées tout au long de la relation contractuelle, font l'objet d'un traitement mis en œuvre par CHORUM CONSEIL, l'organisme distributeur et gestionnaire, ainsi que par MUTEX et l'OCIRP le cas échéant, les organismes assureurs.

CHORUM CONSEIL est responsable des traitements concernant la distribution et sous-traitant de MUTEX dans le cadre de la délégation de gestion du contrat. MUTEX est responsable des traitements concernant la gestion du

contrat. Il est rappelé que MUTEX gère la garantie Rente de conjoint au nom et pour le compte de l'OCIRP.

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

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

Les données relatives à votre état de santé et, le cas échéant, à celui de vos bénéficiaires, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres aux organismes assureurs ou à vous-même en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service médical de MUTEX, sous l'autorité du Médecin conseil de MUTEX.

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

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les





II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

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

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

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles de vos bénéficiaires et à notifier à la CNIL et à vous informer en cas de violation de vos données dans les limites et conditions de la réglementation.

Vous et vos bénéficiaires disposez du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous et vos bénéficiaires disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits, ainsi que les bénéficiaires par mail : dpo@chorum.fr ou par courrier adressé à Délégué à la Protection des Données de Chorum - 4 rue Gambetta - 92240 Malakoff.

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements de vos données personnelles relatives à votre santé, ou le cas échéant à celle de vos bénéficiaires, vous ou vos bénéficiaires devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de MUTEX - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

CHORUM CONSEIL étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits

« Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au 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.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutext.fr.

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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. 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 l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre 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 ; saisine d'un médiateur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par MUTEX en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou votre ayant-droit à MUTEX, 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 prévues au contrat, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, lorsque vous êtes victime d'une atteinte à la personne, dans vos droits et actions ou ceux de vos ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable 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. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE

CHAPITRE V DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, a été légalement établie :

- ▶ 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, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - 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 (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- ▶ quel que soit leur âge 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 ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

- ▶ les enfants à naître,
- ▶ les enfants nés viables postérieurement à la survenance de votre décès et dont la filiation avec vous est établie ;
- ▶ les enfants de votre conjoint, partenaire lié par un Pacs, concubin ou votre ex-conjoint, qui ont vécu au sein de 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 une autre personne dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF). 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 sa vie commune.

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne ayant conclu avec vous une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser votre vie commune (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.

Invalidité absolue et définitive

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, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

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.



III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

CHAPITRE VI GARANTIES DÉCÈS : CAPITAL DÉCÈS OU IAD, DOUBLE EFFET ET FRAIS D'OBSÈQUES

Quel est l'objet de la garantie ?

Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

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, complémentaire à celui versé au titre du contrat conventionnel.

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

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 dans les 365 jours suivant votre propre décès ou invalidité absolue et définitive, d'un capital au profit des enfants restant à charge tels que définis au Chapitre V, 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.

Frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, du décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, d'une indemnité pour frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées hors frais de concession, dans la limite du montant fixé au tableau des garanties et des prestations figurant au titre I de la présente notice, au profit des bénéficiaires tels que définis ci-après.

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'orga-

nisme gestionnaire 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 un avenant signé de l'organisme assureur, de vous-même et de votre 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 gestionnaire 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 parts égales entre eux ;
- à défaut à vos petits-enfants par parts égales entre eux ;
- à défaut de descendants directs, à vos parents survivants par parts égales entre eux ;
- à défaut de ceux-ci, à vos grands-parents survivants par parts égales entre eux ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, 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.

Bénéficiaire 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 vos enfants à charge à parts égales entre eux.

Bénéficiaires de la garantie frais d'obsèques

Le ou les bénéficiaires des prestations sont la ou les personnes qui ont assuré le paiement des frais d'obsèques et qui en présentent les factures acquittées.





III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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 capitaux ?

Les capitaux ou l'indemnité pour frais d'obsèques 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.

Les prestations de la garantie frais d'obsèques sont versées en une seule fois.

CHAPITRE VII GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Quel est l'objet de la garantie ?

Rente de conjoint viagère

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 viagère au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive.

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

Rente de conjoint temporaire

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 temporaire au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive des rentes de conjoint temporaires 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 civil suivant la date de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme à échoir sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe.

Les bénéficiaires des rentes 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. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

Quand cesse le versement des rentes ?

Rente viagère

Le service des rentes viagères prend fin le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

Rente temporaire

Le service des rentes temporaires 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 le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

CHAPITRE VIII GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Cette garantie complète la garantie incapacité temporaire définie au contrat couvrant le régime conventionnel, et précède le début d'indemnisation du service des prestations incapacité temporaire prévues au titre dudit contrat.

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.



III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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 et précisée au résumé de garantie.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées 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.

Quel 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.

Lorsqu'elle est versée à votre employeur (c'est-à-dire en l'absence de cessation de votre contrat de travail), cette prestation est majorée des charges salariales appliquées au salaire d'activité que vous auriez perçu si vous aviez travaillé, et à hauteur de la participation employeur sur la cotisation de la garantie Incapacité temporaire totale, fixée à 100 %.

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

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, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur,
- ▶ en tout état de cause au plus tard le jour précédant le début d'indemnisation prévu au contrat couvrant le régime conventionnel,
- ▶ 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 L. 160-14, 3°, 4° et





III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

L. 160-15 du Code de la Sécurité sociale) est considérée 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.

Elles sont versées directement à votre employeur tant que votre contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de vous les reverser, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En cas de rupture ou de cessation de votre contrat de travail les indemnités journalières vous sont versées directement, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

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, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical de votre médecin traitant et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

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

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 temporaire	Décès IAD	Rente de conjoint	Frais d'obsèques
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'employeur	●			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●			
En cas de temps partiel thérapeutique, 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 capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de l'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 du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire Pacs		●	●	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation		●		●
Justificatifs en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations		●	●	●
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		●	●	●
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de l'employeur				●

ANNEXE 2

ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

ATTESTATION DE RÉCEPTION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu la notice d'information « **Prévoyance collective à adhésion obligatoire - Contrat collectif de prévoyance complémentaire au contrat conventionnel - Convention collective Nationale de travail du 15 mars 1966 (établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées) - Notice d'information Édition 2022** » au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant et ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, accompagnée du (ou des) résumés de garantie(s) concernant le (ou les) contrat(s) de prévoyance complémentaire(s) au contrat conventionnel souscrit(s) par mon employeur, et de l'annexe de garantie correspondante si le contrat « incapacité temporaire de travail » a été souscrit.

A _____ le _____

Signature :





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 Rente et de Prévoyance
Union d'institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris



CHORUM CONSEIL : Courtier en assurance
SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€
RCS Nanterre 833 426 851 - répertoire ORIAS 170 073 20
Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances
sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest - 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr)
exerce son activité en application des dispositions de l'article L. 521-2 II 1°b
La liste des assureurs partenaires est fournie sur la fiche d'information conseil
Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST dont le siège social est sis 33 avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15
immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242
Réclamation : CHORUM CONSEIL - Service Réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff
Médiation : le service de médiation Medicyc est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement
adressée à votre courtier. Il peut être saisi via le site internet www.medicyc-consommation.fr ou par voie postale : MEDICYS - 73 Boulevard de Clichy - 75009 Paris.