CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DU 15 MARS 1966

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

IDCC 413 - BROCHURE JO N° 3116

PRÉVOYANCE

EDITION JUILLET 2023

ENSEMBLE DU PERSONNEL

NOTICE D'INFORMATION

Prévoyance collective
à adhésion obligatoire

MUTEX GROUPE VYV

OCIRP protéger. agir. soutenir

AG2R LA MONDIALE

APICIL PRÉVOYANCE

PRÉAMBULE

Conformément aux avenants n°s 357 et 362 ayant pour objet de modifier l'avenant n° 322 (révisé par les avenants n°s 332, 335 et 347) relatif au régime de prévoyance collectif de la CCN de travail du 15 mars 1966 (Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées), votre employeur a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés 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.

  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 délégation de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.
- **Soit AG2R PREVOYANCE,** membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siren n° 333 232 270. Siège Social : 14-16, Boulevard Malesherbes – 75008 PARIS
- **Soit APICIL Prévoyance,**
  Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siren n°321 862 500. Siège Social : 38, Rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire ;

Assureurs des capitaux décès- invalidité absolue et définitive et des garanties incapacité temporaire de travail, invalidité-incapacité permanente professionnelle

Et l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance,
Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siren n° 788 334 720. Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris.

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

MUTEX, AG2R PRÉVOYANCE et APICIL Prévoyance gèrent les garanties « rente éducation », « rente substitutive de conjoint » et « rente handicap », au nom et pour le compte de l'OCIRP ;

L'organisme assureur auprès duquel votre employeur a souscrit le contrat est votre interlocuteur ainsi que celui de votre employeur.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous êtes sous contrat de travail, ou anciens salariés bénéficiaires 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 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 causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, règlementaires, 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 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 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.

TABLE DES MATIÈRES

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS 5
Personnel cadre 5
Personnel non cadre 6

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ? 7
Quand les garanties prennent-elles effet ? 7
Quand cessent-elles ? 7
Quand sont-elles suspendues ? 7
Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ? 7

CHAPITRE II - LES COTISATIONS 9
Quelle est l'assiette des cotisations ? 9
Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ? 10
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ? 10

CHAPITRE III - LES PRESTATIONS 10
Quelle est l'assiette des prestations ? 10
Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? 11
Comment les prestations sont-elles revalorisées ? 11
Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ? 12

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES 12
Contrôles 12
Litiges Médicaux 12
Réclamations et litiges 13
Organisme de contrôle 13
Protection des données à caractère personnel 13
Prescription 15
Fausse déclaration 15
Subrogation 15
Territorialité 15

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE 16

CHAPITRE V - DÉFINITIONS 16

CHAPITRE VI - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE 17
Quel est l'objet de la garantie ? 17
Qui sont les bénéficiaires des capitaux ? 17
Quels sont les montants des capitaux ? 17
Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ? 17

CHAPITRE VII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION 17
Quel est l'objet de la garantie ? 17
Quels sont les montants des prestations ? 18
Quelles sont les conditions de règlement des rentes ? 18
Quand cesse le versement des rentes ? 18

CHAPITRE VIII - GARANTIE RENTE HANDICAP 18
Quel est l'objet de la garantie ? 18
Quel est le montant de la rente ? 18
Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ? 19
Quelles sont les conditions de règlement des rentes ? 19
Quand cesse le versement des rentes ? 19

CHAPITRE IX - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE 19
Quel est l'objet de la garantie ? 19
Quel est le point de départ de l'indemnisation ? 19
Quel est le montant de la prestation ? 20
Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ? 20
Que se passe-t-il en cas de rechute ? 20
Quelles sont les conditions de règlement des prestations ? 20

CHAPITRE X - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE 21
Quel est l'objet de la garantie ? 21
Quel est le montant des prestations ? 21
Quel est le point de départ de l'indemnisation ? 21
Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ? 21
Quelles sont les conditions de règlement des prestations ? 22

ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS 23

ANNEXE 2 : MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE 25

ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION 27

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	MONTANTS DES PRESTATIONS		
Capitaux Décès – Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	**En pourcentage du salaire de référence**		
Capital Décès toutes causes	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Tout assuré	**200%**	**200%**	**200%**
Capital IAD toutes causes	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Tout assuré	**250%**	**250%**	**250%**
Capital Double effet	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Marié, concubin ou partenaire de Pacs, avec un enfant à charge	**200%**	**200%**	**200%**
Rente éducation	**En pourcentage du salaire de référence**		
Rente éducation de base	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Jusqu'au 19e anniversaire de l'enfant	**15%**	**15%**	**15%**
Du 19e au 26e anniversaire de l'enfant (Sous condition de poursuite d'études notamment) (sans limitation de durée pour l'enfant reconnu handicapé avant le terme de versement de la rente éducation)	**20%**	**20%**	**20%**
Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200€ par mois.			
Rente temporaire substitutive de conjoint	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Marié, concubin ou partenaire de Pacs, sans enfant à charge	**5%**	**5%**	**5%**
Rente handicap	**En euros**		
Montant mensuel	**597**		
Incapacité Temporaire de Travail	**En pourcentage du salaire de référence**		
Franchise discontinue	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	**78%**	**78%**	**78%**
Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.			
Invalidité	**En pourcentage du salaire de référence**		
Catégorie d'invalide	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
3e catégorie Sécurité sociale	**78%**	**78%**	**78%**
2e catégorie Sécurité sociale	**78%**	**78%**	**78%**
1re catégorie Sécurité sociale	**48%**	**48%**	**48%**
Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.			
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	**En pourcentage du salaire de référence**		
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	**Tranche A**	**Tranche B**	**Tranche C**
Taux égal ou supérieur à 66 %	**78%**	**78%**	**78%**
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	**Formule**		
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	**3N/2 x R**		
« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle. « R » correspondant à 78% du salaire de référence. *Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.*			

PERSONNEL NON CADRE

NATURE DES GARANTIES	MONTANTS DES PRESTATIONS	
Capitaux Décès – Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	**En pourcentage du salaire de référence**	
Capital Décès toutes causes	**Tranche A**	**Tranche B**
Tout assuré	**200%**	**200%**
Capital IAD toutes causes	**Tranche A**	**Tranche B**
Tout assuré	**250%**	**250%**
Capital Double effet	**Tranche A**	**Tranche B**
Marié, concubin ou partenaire de Pacs, avec un enfant à charge	**200%**	**200%**
Rente éducation	**En pourcentage du salaire de référence**	
Rente éducation de base	**Tranche A**	**Tranche B**
Jusqu'au 19e anniversaire de l'enfant	**15%**	**15%**
Du 19e au 26e anniversaire de l'enfant (Sous condition de poursuite d'études notamment) (sans limitation de durée pour l'enfant reconnu handicapé avant le terme de versement de la rente éducation)	**20%**	**20%**
Le montant de la rente servie par enfant à charge ne peut être inférieur à 200€ par mois.		
Rente temporaire substitutive de conjoint	**Tranche A**	**Tranche B**
Marié, concubin ou partenaire de Pacs, sans enfant à charge	**5%**	**5%**
Rente handicap	**En euros**	
Montant mensuel	**597**	
Incapacité Temporaire de Travail	**En pourcentage du salaire de référence**	
Franchise discontinue	**Tranche A**	**Tranche B**
90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu	**78%**	**78%**
Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.		
Invalidité	**En pourcentage du salaire de référence**	
Catégorie d'invalide	**Tranche A**	**Tranche B**
3e catégorie Sécurité sociale	**78%**	**78%**
2e catégorie Sécurité sociale	**78%**	**78%**
1re catégorie Sécurité sociale	**48%**	**48%**
Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.		
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	**En pourcentage du salaire de référence**	
Taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	**Tranche A**	**Tranche B**
Taux égal ou supérieur à 66 %	**78%**	**78%**
Taux d'IPP compris entre 33 et moins de 66 %	**Formule**	
Taux compris entre 33 et moins de 66 %	**3N/2 x R**	
« N » étant le taux d'incapacité permanente professionnelle. « R » correspondant à 78% du salaire de référence. *Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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.*		

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, 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 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 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, en dehors des cas visés au paragraphe ci-dessous « En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ».

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 l'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 1er 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 indemnisée »), 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 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 un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- ou au versement d'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,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur en raison :
  - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
  - ainsi que toute période de congé rémunéré par votre employeur (reclassement, mobilité…),

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.

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 pour les assurés bénéficiaires de prestations

Si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat 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 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 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 garantiront les prestations en cas de passage en invalidité/IPP dans les conditions prévues à la présente notice, des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité temporaire à la date de résiliation du contrat.

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 associative, 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 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 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 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 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.

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, 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 assureur 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. A 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 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.

Modifications contractuelles – Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux assurés 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 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 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 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.

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...).

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 dispositions ci-dessus s'appliquent, sans préjudice de l'application le cas échéant, des dispositions prévues au paragraphe ci-dessous « Dans quel cas y'a-t'il éxonération du paiement des cotisations ? ».

Les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes Agirc-Arrco de retraite complémentaire, à effet du 1er 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 par le contrat 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 des cotisations par votre employeur dans les dix jours suivant l'échéance, une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée par l'organisme assureur à votre employeur. Dans cette lettre, l'organisme assureur informe votre employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant la suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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 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 est le salaire brut total versé par votre employeur ayant servi 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).

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire défini ci-dessus intégralement reconstitué.

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.

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.

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 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 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 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) 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 en fonction du cumul des taux décidés annuellement par la CNPTP, en accord avec les organismes assureurs recommandés et constatés entre la date de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son 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.

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

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, 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 au 1er juillet de chaque année N, en fonction d'un taux décidé annuellement par la CNPTP, dans le courant de l'année N-1, en accord avec les organismes assureurs recommandés et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche professionnelle des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 et des résultats financiers des organismes assureurs recommandés pour l'année N-2.

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

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.

Par principe, en cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations périodiques 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 n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation, la revalorisation des prestations 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 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1er 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 ?

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 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.

Votre situation médicale peut conduire l'organisme assureur 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 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 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 contrôleur 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 votre organisme gestionnaire.

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 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 : 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 les garanties **rente éducation, rente handicap et rente de conjoint substitutive** assurées 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 de traitements mis en œuvre par Mutex et l'Ocirp, les organismes assureurs, ainsi que par l'organisme distributeur, et l'organisme gestionnaire en cas de délégation de gestion.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégataire. Il est rappelé que Mutex gère les garanties rente éducation, rente substitutive de conjoint et rente handicap 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 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 du 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. En outre, des données personnelles, rigoureusement minimisées, sont communiquées à la Commission de la branche professionnelle en application de l'obligation légale de l'établissement d'un compte client.

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

Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements 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.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si 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.mutex.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 ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par 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 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 18e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26e 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 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2e ou 3e 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 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 3e catégorie définie à l'article L. 341-4 3° 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.

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

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.

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 simultané ou postérieur de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survenu postérieurement ou simultanément au vôtre, 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.

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 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 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 vos 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 de base

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 continue à être versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant le terme de versement de la rente éducation, en invalidité équivalente à une invalidité de 2e ou 3e 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 handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé) ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalide civil ou de la carte de mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

La qualité d'enfant à charge tel que défini au chapitre V s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à 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 1er 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 les meilleurs délais.

Elles sont versées trimestriellement à terme à échoir 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 ?

Rente éducation

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 1er jour suivant la date de son décès.

Rente temporaire substitutive de conjoint

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 septies 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 mensuel 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 ci-dessus mentionnée sera revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

La prestation peut être versée sous forme de capital, au choix du bénéficiaire au moment de l'événement donnant lieu au versement de la prestation. Son montant est alors égal à 80 % du capital constitutif de la rente.

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.

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 la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme à échoir, 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 1er janvier de chaque année, doit être adressé toute pièce valant certificat de vie ; à défaut, le service de la rente est suspendu.

Le capital est versé dans un délai de 30 jours, à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et de la décision favorable du médecin conseil ou contrôleur.

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 1er jour du mois suivant la date de survenance 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 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.

Cette prestation s'entend y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux 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, 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 au 1 095e 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 L. 160-14, 3°, 4° et L. 160-15 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.

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

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 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 :

- 1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3e 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 (cf. « 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 »), 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 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 prélèvements sociaux 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.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si 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 pensions d'invalidité sont servies à compter de la date de survenance de l'événement déterminé par le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur.

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 ;**
- **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.**

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, le service de la rente d'invalidité prend fin à dater soit :

- **du jour où le médecin conseil ou contrôleur de l'organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'invalidité,**
- **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 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

L'organisme assureur ou gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ IPP	DÉCÈS IAD	RENTES EDUCATION RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT
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 pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle, signée par le représentant qualifié de l'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 signée par le représentant qualifié de l'employeur			●		
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●	●
Titre de pension d'invalidité de 3e 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			●	●	
Si personne handicapée à charge, copie de la carte d'invalidité 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		●			

ANNEXE 1 suite

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ IPP	DÉCÈS IAD	RENTES EDUCATION RENTE HANDICAP	RENTE DE CONJOINT
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 titre facultatif, à compter du 2e mois de suspension de votre contrat de travail non rémunéré, du maintien des capitaux décès/invalidité absolue et définitive et des garanties 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 OEUVRE

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée à l'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 et prestations 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 1/12e des rémunérations variables supplémentaires perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de votre contrat de travail, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé directement à l'organisme assureur ou selon les modalités définies par l'organisme assureur, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de votre contrat de travail.

A défaut de paiement des cotisations, vous ne pouvez plus bénéficier du maintien faultatif des garanties.

ATTESTATION DE RÉCEPTION À DÉCOUPER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

ANNEXE 3

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

IMPORTANT

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu la notice d'information « Prévoyance collective à adhésion obligatoire

- Convention collective Nationale de travail du 15 mars 1966 – Edition juillet 2023 » au bénéfice de l'ensemble de son personnel :
- 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 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017,
- 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 dont les définitions ont été reproduites par l'article 2 de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

A_____ le _____

Signature :

Ce document doit être conservé par l'employeur sans limitation de durée.

AG2R Prévoyance :
Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.

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 CHATILLON CEDEX.

OCIRP :
(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L. 931-2 du Code de la Sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris

APICIL Prévoyance :
Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Siren n°321 862 500
Siège Social : 38, Rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

2335204

OCIRP protéger. agir. soutenir

AG2R LA MONDIALE

MUTEX

APICIL PRÉVOYANCE

2335204 - Notice d'information CCN 66 - Juin 2023 - Réalisation Havelis Communication