

PRODUITS LIBRES

PRÉVOYANCE COLLECTIVE
À ADHÉSION OBLIGATOIRE

NOTICE D'INFORMATION

PRÉVOYANCE

PRÉAMBULE

Votre employeur a souscrit un contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, au bénéfice de la ou des catégories de personnel expressément désignée(s) au résumé des garanties, qui a pour objet de vous permettre de bénéficier de garanties de prévoyance.

Il a choisi de souscrire à l'une des offres de prévoyance, proposée et assurée par Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, ou à plusieurs d'entre elles lorsque les offres proposées se complètent ou ne sont pas destinées à la même catégorie assurée.

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

Il convient de vous référer au résumé des garanties accompagné obligatoirement d'une annexe de garanties, ou de plusieurs annexes de garanties si plusieurs offres ont été souscrites par votre employeur, afin de connaître les garanties souscrites à votre bénéfice.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail, 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, associée au résumé des garanties accompagné d'une annexe de garanties, ou de plusieurs annexes de garanties, vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place.

La notice d'information définit les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir ; **elles comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.**

Le résumé des garanties obligatoirement joint mentionne notamment la raison sociale et l'adresse de votre employeur, l'offre ou les offres souscrites, la date de prise d'effet du contrat et le numéro de contrat.

Une annexe de garanties pour chaque offre mentionnée sur le résumé des garanties, est obligatoirement jointe au résumé des garanties.

L'annexe de garanties définit les garanties de l'offre souscrite par votre employeur, les montants des prestations, le personnel assuré, et le cas échéant des dispositions dérogatoires et/ou complémentaires à la présente notice d'information.

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

La présente notice d'information et le résumé des garanties accompagné de l'annexe de garanties ou de plusieurs, vous sont obligatoirement remis par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur ou/et un nouveau résumé des garanties accompagné d'une nouvelle annexe de garanties ou de plusieurs.

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.

Sommaire

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4	CHAPITRE VII - GARANTIE OBSÈQUES	12
CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?	4	⊗ Quels sont l'objet de la garantie et le montant de la prestation ?	12
⊗ Quand les garanties prennent-elles effet ?	4	⊗ Qui sont les bénéficiaires des prestations ?	12
⊗ Quand cessent-elles ?	4	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	12
⊗ Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ?	4	CHAPITRE VIII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	12
CHAPITRE II - LES COTISATIONS	6	⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	12
⊗ Quelle est l'assiette des cotisations ?	6	⊗ Quels sont les montants des prestations ?	13
⊗ Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	6	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	13
⊗ Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?	6	⊗ Quand cesse le versement des rentes ?	13
CHAPITRE III - LES PRESTATIONS	6	CHAPITRE IX - GARANTIE RENTE HANDICAP	13
⊗ Quelle est l'assiette des prestations ?	6	⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	13
⊗ Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?	6	⊗ Quel est le montant de la rente ?	13
⊗ Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	7	⊗ Quelles sont les modalités de reconnaissance de l'état de handicap ?	13
⊗ Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	7	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	13
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	8	⊗ Quand cesse le versement des rentes ?	13
⊗ Contrôles	8	CHAPITRE X - GARANTIE RENTE DE CONJOINT	13
⊗ Litiges Médicaux	8	⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	13
⊗ Réclamations et médiation	8	⊗ Quels sont les montants des prestations ?	14
⊗ Organisme de contrôle	8	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	14
⊗ Protection des données à caractère personnel	8	⊗ Quand cesse le versement des rentes ?	14
⊗ Fausse déclaration intentionnelle	9	CHAPITRE XI - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	14
⊗ Prescription	9	⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	14
⊗ Subrogation	10	⊗ Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	14
⊗ Traitement des prestations décès non réclamées	10	⊗ Quel est le montant de la prestation ?	15
⊗ Territorialité	10	⊗ Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	15
II - DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE	10	⊗ Que se passe-t-il en cas de rechute ?	15
CHAPITRE V - DÉFINITIONS	10	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	15
⊗ Enfants à charge	10	CHAPITRE XII - GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE	15
⊗ Personnes à charge	10	⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	15
⊗ Conjoint	10	⊗ Quel est le montant des prestations ?	16
⊗ Concubin	10	⊗ Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	16
⊗ Partenaire de Pacs	10	⊗ Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?	16
⊗ Invalidité absolue et définitive	10	⊗ Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	16
⊗ Franchise	10	ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	17
CHAPITRE VI - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	10	ANNEXE 2 : ATTESTATION DE RÉCEPTION	19
⊗ Quel est l'objet de la garantie ?	11		
⊗ Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	11		
⊗ Quels sont les montants des capitaux ?	12		
⊗ Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?	12		

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I

QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?

Ⓞ Quand les garanties prennent-elles effet ?

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

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement, ou que vous avez changé de catégorie professionnelle postérieurement à la date d'effet du contrat si le contrat assure qu'une catégorie de personnel, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche ou de ce changement de catégorie, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction.

Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration effectuée par votre employeur.

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

Ⓞ Quand cessent-elles ?

Sous réserve de l'application du maintien des garanties et des prestations prévu ci-après (cf. « Dans quel cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ? En cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations, en cas de résiliation du contrat et dans le cadre de la portabilité des droits »), les garanties cessent :

- à la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré, si le contrat assure qu'une catégorie de personnel,
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Ⓞ Quand sont-elles suspendues ?

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu à :

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

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

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 gestionnaire en soit informé dans le mois suivant. **Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration de votre employeur.**

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

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

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

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

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

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 ou d'un autre contrat de prévoyance collective assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, 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 la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, 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 d'un autre contrat de prévoyance collective assurant les garanties incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, 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,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits si vous êtes un ancien 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 ? »).

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

Dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés de l'entreprise, ci-après dénommée le souscripteur,

en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à l'**exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'organisme gestionnaire leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, 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 bénéficiaire de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- au jour de la survenance de votre décès.

Obligations de l'ancien salarié

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

Vous vous engagez à cet égard à informer l'organisme gestionnaire de toute modification de votre situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage, et la liquidation de votre pension de retraite de base.

En cas de sinistre, une demande de prestation accompagnée des pièces justificatives, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage devra être adressée à l'organisme gestionnaire par vous-même ou votre bénéficiaire.

Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. 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 pour la catégorie du personnel à laquelle vous apparteniez à la date de cessation de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au chapitre III (cf. « Quelle est l'assiette des prestations ? »), précédant la date de cessation de votre contrat de travail hors sommes de toute nature versées à cette occasion.

Montant des prestations maintenues

Dès lors que la garantie incapacité temporaire est souscrite et a pour objet de compléter en montant et en durée le maintien de salaire servi par votre ancien employeur au titre de son obligation légale ou conventionnelle, afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité 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 les 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 sont couverts au titre de la garantie incapacité temporaire, la prestation maintenue sera calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

Cumul des prestations

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

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

Modifications contractuelles – Résiliation

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

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

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Obligations de votre employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

CHAPITRE II LES COTISATIONS

Ⓣ Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches de salaire mentionnées en annexe(s) de garanties au résumé des garanties.

On entend par :

- tranche 1 : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche 2 : partie du salaire annuel brut comprise entre une et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

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.

Ⓣ 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.

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

A défaut de paiement de la cotisation par votre employeur dans les 15 jours de son échéance, après une mise en demeure adressée à ce dernier par l'organisme assureur par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues.

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

Faute de paiement dans un délai de 45 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer votre employeur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

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

CHAPITRE III LES PRESTATIONS

Ⓣ Quelle est l'assiette des prestations ?

- Si les prestations définies à l'annexe de garanties sont exprimées en pourcentage du **salaire de référence**, le salaire de référence est le **salaire brut** fixe versé par votre employeur ayant été soumis à cotisation au titre du contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire brut fixe intégralement reconstruit.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) ayant donné lieu à cotisation au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

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

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

- Si les prestations définies à l'annexe de garanties sont exprimées en pourcentage du **salaire de référence net**, le salaire de référence est le **salaire net à payer** fixe versé par votre employeur au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

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

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

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^e mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail (notamment indemnité de départ à la retraite, indemnité compensatrice de congés payés).

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

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

Ⓣ 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 au profit des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale, sous réserve qu'ils soient assurés et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive.

Dans ce cas, le taux de revalorisation est égal au cumul des taux de revalorisation annuels constatés entre le début de votre arrêt de travail et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou celle de votre décès ou invalidité absolue et définitive et tels que définis ci-après.

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} juillet de chaque année par référence à la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année en cours, et est limité chaque année à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année précédente sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.

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

En cours de vie du contrat, les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1^{er} juillet de chaque année, à condition, lorsque vous êtes le bénéficiaire, que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées en fonction de la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année en cours, ou la date d'ouverture des droits à prestations et le 1^{er} juillet de l'année en cours lorsque ces droits ont été ouverts postérieurement au 1^{er} juillet de l'année précédente.

Le taux de revalorisation ainsi déterminé est limité annuellement à 85 % du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année précédente, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.

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.

Par exception, en cas de résiliation du contrat, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, 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 capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

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

Revalorisation des arrérages de rentes et des allocations dus entre le décès ouvrant droit à prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrérages de rentes et les allocations échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances.

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies au paragraphe « Revalorisation des prestations en cours de service » ci-avant.

À compter de la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage ou l'allocation est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2^o de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

🕒 Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?

Exclusions concernant les garanties décès et invalidité absolue et définitive

Sont exclus des garanties décès et invalidité absolue définitive les sinistres résultant :

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

Pour les garanties double effet et allocations en cas du décès du dernier parent, le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Pour les garanties double effet et allocations en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, et décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge, le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge se voient également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Exclusions concernant l'incapacité de travail, l'incapacité permanente professionnelle et l'invalidité

Sont exclus des garanties incapacité de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués.

Exclusions concernant les garanties décès accidentel, invalidité absolue et définitive accidentelle et les frais d'obsèques

Sont exclus des garanties décès accidentel, invalidité absolue définitive accidentelle et frais obsèques les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L. 6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être vous-même,

- d'agressions commises par vous-même, de luttes ou rixes auxquelles vous auriez participé sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que vous y participez,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Pour la garantie « obsèques », le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge de l'assuré se voient également appliquer les exclusions de risques définis ci-dessus.

Déchéance de garantie

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.

En outre, vous et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations êtes déchu(s) de tout droit à garantie :

- en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.

Dans ce cas, l'intégralité des prestations qui auraient été indûment versées devra être restituée.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Ⓣ Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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

Ⓣ Litiges Médicaux

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

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

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

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

Ⓣ Réclamations et médiation

Pour toute réclamation liée à l'exécution du contrat, vous pouvez vous adresser, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires des prestations, en priorité aux services de gestion de l'organisme gestionnaire, ou à Mutex via l'un des canaux réservés suivants :

- par courrier auprès du Service Qualité Relation Adhérent : **MUTEX - SQRA - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex**, en joignant la copie des réponses écrites préalablement obtenues ;
- via le formulaire de contact [mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/](https://www.mutex.fr/nous-contacter/).

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou assureur n'a pas pu donner immédiatement entière satisfaction, **vous êtes invité, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires de prestations, à formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.**

Quel que soit le point de contact, le réclamant recevra un accusé de réception par écrit de sa réclamation sur support durable dans un délai maximal de **dix jours** ouvrables à compter de la date de son envoi (sauf en cas de réponse dans ce délai).

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à répondre au réclamant dans un délai n'excédant pas **deux mois** à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à l'organisme assureur sont accessibles sur le site : www.mutex.fr.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, l'organisme assureur 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 non résolue avec l'organisme assureur relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par vous-même ou le bénéficiaire des prestations dans les délais précités et quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la première manifestation écrite du mécontentement a été formulée :

- en priorité par internet : <https://www.mediation-assurance.org> ;
- ou par défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

La demande de Médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le Médiateur.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

Ⓣ Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle de l'organisme assureur 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

Des traitements de données personnelles (collecte, enregistrement, utilisation, ...) sont réalisés tout au long de la relation contractuelle.

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 délégant. 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 vos données à caractère personnel, et le cas échéant les données à caractère personnel des bénéficiaires, pour permettre votre affiliation. Il vous informera, que ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel licites au regard de leurs finalités.

Traitements nécessaires à l'exécution du contrat : étude des besoins – passation, gestion et exécution du contrat – contrôle et surveillance du risque - gestion de la relation commerciale – gestion des réclamations, des contentieux et du recouvrement - l'exercice des recours.

Traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle ces organismes sont soumis : l'identification et la connaissance client afin de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés et l'exercice du devoir de conseil - la lutte contre le blanchiment de

capitaux et le financement du terrorisme - le prélèvement à la source - la détection et l'identification des contrats en déshérence - la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés - le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption - la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques - répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

Traitements nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les organismes : élaboration des statistiques et études actuarielles - recherches et développement – amélioration des produits, de la qualité des services et de la connaissance client – 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) – opérations de communication et de fidélisation - prospection d'un professionnel - gestion clientèle intra-groupe.

Les données relatives à votre état de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à Mutex ou à vous-même en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution 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.

Toutes les données collectées sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. A défaut de fourniture des données obligatoires, ces organismes seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Dans ce cadre, ces organismes sont tenus de s'assurer que vos données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. En outre, en vertu d'une obligation légale, ces organismes pourront solliciter des informations et / ou des pièces justificatives complémentaires.

Les données personnelles 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 administratifs/professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation client 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 fonde le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

Les responsables de traitements et ses 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 ses 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. Concernant le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme il s'exerce auprès de la CNIL.

Pour exercer ces droits, il convient d'écrire à dpo@mutex.fr ou à Délégué à la Protection des Données de Mutex - 140 avenue de la République - TSA 74058 - 92321 Châtillon cedex. Pour toute question

ou exercice de droit concernant les traitements de vos données personnelles relatives à votre santé, vous devez vous adresser par courrier au médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - TSA 74058 - 92321 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.

⊙ Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites par vous-même et votre employeur servent de base aux garanties et constituent de ce fait un élément essentiel lors de l'adhésion.

Elles peuvent à tout moment être vérifiées par l'organisme assureur.

La garantie qui vous est accordée par l'organisme assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part ou celle de votre employeur quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous-même ou votre employeur a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

⊙ Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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.

⊗ 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.

⊗ Traitement des prestations décès non réclamées

L'organisme assureur est tenu de vérifier au moins annuellement que vous êtes toujours en vie auprès des organismes professionnels habilités (article L. 132-9-3 du Code des assurances), et de rechercher, lorsqu'il est informé de votre décès, les bénéficiaires des prestations (article L. 132-8 du Code des assurances), par tous moyens à sa disposition (informations figurant au contrat, à la désignation bénéficiaire, auprès des notaires, mairies ...).

Toutefois les sommes dues en raison de votre décès qui n'ont fait l'objet d'aucune demande de paiement pendant un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur, sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions prévues aux articles L. 132-27-2 et R. 132-5-5 du Code des assurances. Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'organisme assureur envers le ou les bénéficiaires des prestations.

Les sommes transférées à la Caisse des dépôts et consignations, qui n'auront pas été réclamées par le ou les bénéficiaires, seront définitivement acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

⊗ 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 de l'organisme assureur viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

II - DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE

CHAPITRE V DÉFINITIONS

⊗ Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, vos enfants, dont la filiation avec vous, y compris adoptive, a été légalement établie :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;

- quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

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

⊗ Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge, les personnes vivant sous votre toit titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévues à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

⊗ Conjoint

On entend par conjoint, votre époux (ou épouse) non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable à condition qu'elle soit transcrite à l'état civil) et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

⊗ Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec vous 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).

⊗ Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne ayant conclu avec vous une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser votre vie commune (article 515-1 et suivants du Code civil). Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

⊗ Invalidité absolue et définitive

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

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 3^o du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale,
- l'incapacité Permanente, définie à l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

⊗ Franchise

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

CHAPITRE VI GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

🕒 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 décès ou invalidité absolue et définitive par accident

Cette garantie a pour objet d'assurer, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle, le versement d'un capital supplémentaire au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accidents, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Le décès est considéré d'origine accidentelle s'il intervient au plus tard dans un délai de 12 mois suivant la date de l'accident.

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

Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident du travail

Cette garantie a pour objet d'assurer, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnu comme tel par la Sécurité sociale, le versement d'un capital supplémentaire 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 par accident du travail met fin à la garantie décès par accident du travail.

Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident de la circulation

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

On entend par accident de la circulation celui dont vous seriez victime soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton, soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

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

Capital décès ou invalidité absolue et définitive par accident survenu au cours d'un déplacement professionnel

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive résultant d'un accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, d'un capital supplémentaire au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après.

Est considéré comme déplacement professionnel, le déplacement temporaire dans le cadre de votre activité professionnelle en dehors de votre lieu de travail habituel, et pour lequel votre employeur a formalisé le déplacement par la signature d'un ordre de mission.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du capital pour accident survenu au cours d'un déplacement professionnel met fin à la garantie.

Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du dernier parent

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanément ou postérieurement du dernier

parent, survenu dans les douze mois suivant votre décès ou invalidité absolue et définitive, au profit des enfants à charge :

- d'un capital réparti à parts égales entre eux,
- ou/et d'une allocation à chacun d'entre eux.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieure, les enfants qui étaient à votre charge à la date de votre décès ou invalidité absolue et définitive, et qui sont à la charge du dernier parent au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies à la présente notice d'information, ou par dérogation en annexe de garanties de l'offre souscrite.

Le service de l'allocation 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 du jour de son décès.

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

Le versement par anticipation des allocations, en cas d'invalidité absolue et définitive du dernier parent, met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie allocation double effet.

Garantie double effet en cas de décès ou invalidité absolue et définitive du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanément ou postérieurement de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenu dans les douze mois suivant votre décès ou invalidité absolue et définitive, au profit des enfants à charge :

- d'un capital réparti à parts égales entre eux,
- ou/et d'une allocation à chacun d'entre eux.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieure, les enfants qui étaient à votre charge à la date de votre décès ou invalidité absolue et définitive, et qui sont à la charge de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive, sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies à la présente notice d'information, ou par dérogation en annexe de garanties de l'offre souscrite.

Le service de l'allocation 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 du jour de son décès.

Le versement par anticipation du capital double effet, en cas d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, met fin à la garantie capital double effet.

Le versement par anticipation des allocations, en cas d'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie allocation double effet.

Capital décès en cas de décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital à votre profit dans l'hypothèse du décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ou d'un enfant à votre charge de 12 ans et plus.

🕒 Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?

Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes et d'origine accidentelle

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 gestionnaire dans l'hypothèse de la survenance de votre décès.

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

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

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

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

- à votre conjoint survivant ;
- à défaut à votre concubin ou partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à parts égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires des majorations éventuelles du capital pour enfant ou personne à charge, dès lors qu'elles sont prévues en annexe(s) au résumé des garanties, versée dans l'hypothèse de votre décès sont les enfants ou personnes à charge à parts égales entre eux.

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

En cas d'invalidité absolue et définitive, vous êtes le bénéficiaire des capitaux, à l'exception des majorations éventuelles pour enfant ou personne à charge (versées aux intéressés).

Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital ou de l'allocation au titre du double effet sont vos enfants à charge, le capital étant réparti à parts égales entre eux, l'allocation étant versée à chacun d'entre eux.

Bénéficiaire du capital en cas de décès de votre conjoint, concubin, partenaire des Pacs ou enfant à charge

Vous êtes le bénéficiaire du capital en cas de décès de votre conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou enfant à charge.

⊙ Quels sont les montants des capitaux ?

Les montants des capitaux sont définis en annexe(s) au résumé des garanties.

⊙ 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 de la présente notice d'information et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu au chapitre IV.

L'allocation au titre du double effet est versée par quart trimestriellement à terme échu à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe de la présente notice d'information, et sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire remplit toujours les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits.

CHAPITRE VII GARANTIE OBSÈQUES

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

⊙ Quels sont l'objet de la garantie et le montant de la prestation ?

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, du décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ou

d'un enfant à charge de 12 ans et plus, d'une indemnité pour frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées hors frais de concession, dans la limite du montant fixé en annexe(s) au résumé des garanties, au profit des bénéficiaires tels que définis ci-après.

⊙ Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

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

⊙ Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?

Les prestations sont versées en une seule fois dans un délai maximum de 30 jours à compter de la production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information.

CHAPITRE VIII GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

⊙ 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 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.

Allocation complémentaire d'orphelin

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanément ou postérieur du dernier parent survenu dans les douze mois suivant votre décès ou invalidité absolue et définitive, ou lorsque vos enfants deviennent orphelins des deux parents au jour de votre décès, d'une allocation complémentaire annuelle à chaque enfant à charge.

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

Allocation complémentaire en cas de décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanément ou postérieur de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenu dans les douze mois suivant votre décès ou invalidité absolue et définitive, d'une allocation complémentaire annuelle à chaque enfant à charge.

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

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.

Capital décès ou IAD substitutif

Lorsque vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé un capital décès ou invalidité absolue et définitive substitutif, en lieu et place de la rente éducation, en complément du (ou des) capital (capitaux) décès ou IAD prévu(s) au chapitre VI, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis au chapitre VI (cf. « Qui sont les bénéficiaires des capitaux ? »).

Si la garantie rente temporaire substitutive de conjoint est également assurée, le capital décès ou invalidité absolue et définitive substitutif n'est versé que lorsque que vous êtes célibataire, veuf ou définitivement divorcé, au moment de votre décès ou invalidité absolue et définitive, et que vous n'avez pas d'enfant à charge.

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

Ⓣ Quels sont les montants des prestations ?

Les montants des prestations sont définis en annexe(s) au résumé des garanties.

Ⓣ Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme échu et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information.

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 (y compris des allocations complémentaires) prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause au jour de la survenance 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 IX GARANTIE RENTE HANDICAP

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

Ⓣ 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 normal

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 de la rente handicap est défini en annexe(s) au résumé des garanties.

Ⓣ 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 lendemain de la date de la survenance de votre décès ou de la constatation de votre invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme échu et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information, sous réserve de la décision favorable du médecin conseil.

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

Ⓣ Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes 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 du jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE X GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

Ⓣ Quel est l'objet de la garantie ?

Rente de conjoint viagère

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, quelle qu'en soit la cause, d'une rente viagère au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès.

Rente de conjoint temporaire

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, quelle qu'en soit la cause, d'une rente temporaire au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour de la survenance de votre décès) ne bénéficiant pas d'une pension de réversion du régime de retraite complémentaire (Agirc-Arrco).

Leurs droits sont examinés par référence aux conditions d'attribution, prévues par le régime de retraite complémentaire de la pension de réversion (notamment de l'âge à partir duquel leurs droits à pension de réversion du régime de retraite complémentaire sont ouverts).

Les conditions d'ouverture du droit au bénéfice de la prestation applicables au partenaire de Pacs ou concubin sont les mêmes que celles prévues pour le conjoint.

Si la rente de conjoint viagère n'est pas assurée, la rente temporaire est versée au profit de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs survivant, ayant toujours cette qualité au jour de votre décès sans condition.

Allocation d'orphelin

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès simultané ou postérieur du dernier parent, bénéficiaire de la rente de conjoint, survenu dans les douze mois suivant votre décès, d'une allocation annuelle à chaque enfant à charge.

Allocation en cas du décès du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès simultané ou postérieur de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, bénéficiaire de la rente de conjoint, survenu dans les douze mois suivant votre décès, d'une allocation annuelle à chaque enfant à charge.

Capital décès substitutif

Lorsque vous êtes célibataire, veuf ou définitivement divorcé au moment de votre décès, il est versé un capital décès substitutif, en lieu et place de la rente de conjoint, en complément du (ou des) capital (capitaux) décès prévu(s) au chapitre VI, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis au chapitre VI (cf. « Qui sont les bénéficiaires des capitaux ? »).

Si la garantie rente temporaire substitutive d'éducation est également assurée, le capital décès substitutif n'est versé que lorsque vous êtes célibataire, veuf ou définitivement divorcé, au moment de votre décès, et que vous n'avez pas d'enfant à charge.

Rente temporaire substitutive d'éducation

Lorsque vous êtes célibataire, veuf ou définitivement divorcé, et que vous avez au moins un enfant à charge, au moment de votre décès, une rente éducation temporaire est versée à chaque enfant à charge, en lieu et place de la rente de conjoint.

Ⓧ Quels sont les montants des prestations ?

Les montants des prestations sont définis en annexe(s) au résumé des garanties.

Ⓧ Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme échu sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information.

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

Ⓧ Quand cesse le versement des rentes ?

Rente viagère

Le service des rentes viagères prend fin à dater du jour du décès du bénéficiaire.

Rente temporaire

Le service des rentes temporaires prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de la survenance de son décès.

Si la garantie rente viagère n'est pas assurée, le service des rentes temporaires de conjoint cesse :

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

Rente temporaire substitutive d'éducation et allocation

Le service des rentes éducation et des allocations prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées lors de l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE XI GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

Ⓧ Quel est l'objet de la garantie ?

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, lorsque vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

A condition que l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des 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, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour ces assurés, 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 en annexe(s) au résumé des garanties.

Cette franchise peut être continue, discontinue ou s'apprécier par référence aux dispositions des obligations de maintien de salaire de l'employeur au titre de la convention collective.

Si la **franchise est continue**, la franchise est reconstituée à chaque arrêt de travail.

Si la **franchise est discontinue**, 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 par la Sécurité sociale et non prises en charge au titre du contrat, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Pour les 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, s'ils sont couverts au titre de la garantie, la détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues indemnisées ou non par la Sécurité sociale, et non prises en charge au titre du contrat, intervenues en cours d'assurance 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 globale définie en annexe(s) au résumé des garanties le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, à l'issue du délai de franchise, les indemnités journalières complémentaires ne sont versées que si la Sécurité sociale verse elle-même ses prestations. Notamment, lorsqu'elle fait application du délai de carence de trois jours, les indemnités journalières complémentaires ne sont liquidées qu'après épuisement de ce délai de carence.

Si les indemnités sont servies au plus tôt à compter de la fin de la première période indemnisée par l'employeur, ou de la fin de son intervention, au titre de son obligation de maintien de salaire prévue par la convention collective, l'appréciation du point de départ de l'indemnisation s'effectue par référence aux dispositions prévues par la convention collective.

⊗ 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 en annexe(s) au résumé des garanties.

Si les indemnités journalières sont servies à compter de la fin de la première période indemnisée par votre employeur, ou de la fin de son intervention, au titre de son obligation de maintien de salaire prévue par la convention collective, il est versé, en complément de l'indemnisation versée par la Sécurité sociale, une prestation complétant en montant et en durée le maintien de salaire servi par votre employeur au titre de son obligation prévue par la convention collective.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, aucune prestation complémentaire ne sera versée au titre du contrat, sauf si l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des 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. Dans ce cas, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information 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 (notamment en cas d'envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le contrat.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières de la Sécurité sociale seraient suspendues (notamment suite à contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie), aucune indemnité journalière complémentaire ne sera versée au titre du contrat, en l'absence d'intervention 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.

⊗ 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,
- en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

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

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale est considérée comme une rechute sous réserve :

- que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat,
- et que la nouvelle période d'interruption de travail soit en lien avec la pathologie ayant entraîné l'arrêt de travail initial.

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 de la présente notice d'information.

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, si l'annexe de garanties au résumé des garanties prévoit la prise en charge des 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, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré 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 XII GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Seules les garanties définies en annexe(s) de garanties de l'offre ou des offres souscrites par votre employeur sont assurées au titre du contrat.

⊗ 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 :

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

A condition que l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des 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'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 les 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 ?

Le montant de la pension d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité et s'entend hors majoration pour tierce personne.

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est déterminé selon le taux d'incapacité défini en annexe(s) au résumé des garanties, et s'entend hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des 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, la prestation complémentaire en cas d'invalidité est versée en déduisant les prestations, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe de la présente notice d'information.

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 l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des 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, les pensions d'invalidité sont servies à compter de la date de survenance de l'événement déterminé par le médecin conseil 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.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si l'annexe de garanties prévoit la prise en charge des assurés ne satisfaisant pas aux 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 de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

⊗ 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 de la présente notice d'information.

Les rentes ou pensions servies vous sont versées directement, mensuellement à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu, 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

Si l'annexe de garanties prévoit la prise en charge de ces assurés, l'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions sont notifiées à l'assuré à qui elles s'imposent s'il ne les conteste 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 »).

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme assureur ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

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

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

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire	Invalidité et IPP	Décès IAD	Rente Education Rente handicap	Rente de conjoint	Obsèques
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur	•					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	•					
En cas de temps partiel thérapeutique, attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	•					
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	•	•	•	•	•	
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle, signée par le représentant qualifié de votre employeur		•				
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		•				
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		•				
Demande de capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de votre employeur			•			
Acte de décès (bulletin de décès)			•	•	•	•
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale			•	•	•	
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt			•	•	•	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			•	•	•	
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit			•	•	•	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			•		•	
Copie de votre dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui de votre concubin ou partenaire Pacs			•		•	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			•	•		•
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		•				
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			•	•	•	•
Attestation de la caisse de retraite de non-paiement de la rente de réversion où figure la date prévue de début de cette rente					•	
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de votre employeur						•
Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement						•
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire				•		

ANNEXE 2 – ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

Attestation de réception à découper et à remettre à votre employeur

ATTESTATION DE RÉCEPTION

à remettre à votre employeur

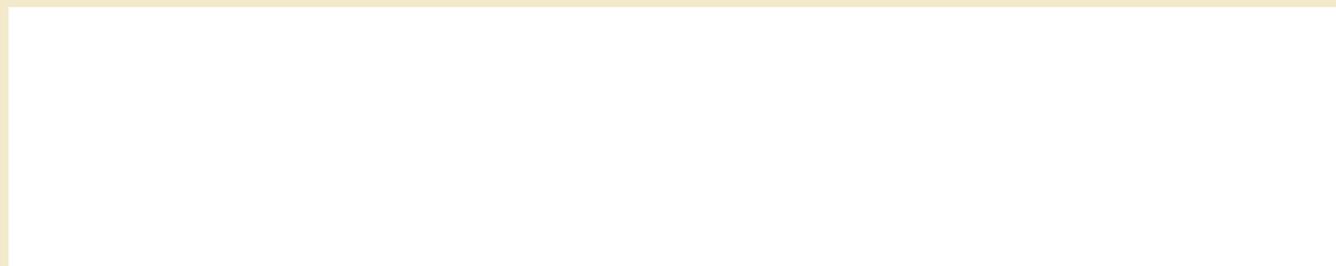
Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information « Prévoyance collective à adhésion obligatoire - Produits libres » et le résumé des garanties accompagné obligatoirement de l'annexe de garanties ou de plusieurs annexes de garanties.

A

le

Signature





2457485

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon