

MUTEX PME 2016
Contrat de prévoyance collective

Notice d'information

Sommaire

LES GARANTIES

- ⌚ Quand vos garanties prennent-elles effet ?
- ⌚ Quand cessent-elles ?

Si votre employeur a souscrit la garantie : Décès-Invalidité absolue et définitive

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Qui sont les bénéficiaires de la prestation ?
- ⌚ Quel est le montant du capital décès ?
- ⌚ Ce que vous devez également savoir concernant la garantie décès

Si votre employeur a souscrit la garantie :

Obsèques

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Qui sont les bénéficiaires de la prestation ?
- ⌚ Quelles sont les conditions de règlement de la prestation ?

Si votre employeur a souscrit la garantie :

Rente de conjoint

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Quelles sont les prestations garanties ?
- ⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des prestations garanties ?

Si votre employeur a souscrit la garantie :

Rente éducation

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Quelles sont les prestations garanties ?
- ⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des prestations garanties ?

Si votre employeur a souscrit la garantie :

Incapacité temporaire totale

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Quelles sont les prestations garanties ?
- ⌚ Quelles sont les règles d'indemnisation ?
- ⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des indemnités journalières ?

3 Si votre employeur a souscrit la garantie : Invalidité - Incapacité permanente professionnelle

- ⌚ Quel est l'objet de la garantie ?
- ⌚ Quelles sont les règles d'indemnisation ?
- ⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des rentes ?

PORTABILITÉ

- ⌚ Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits :
- ⌚ Bénéficiaires de la portabilité
- ⌚ Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture
- ⌚ Financement du maintien des garanties
- ⌚ Garanties et prestations maintenues
- ⌚ Modifications contractuelles – Résiliation
- ⌚ Obligations de l'employeur

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- Détermination des assiettes**
- ⌚ Quelle est l'assiette des cotisations ?
- ⌚ Quelle est l'assiette des prestations ?
- ⌚ Revalorisation
- ⌚ Modification du contrat
- ⌚ Quelles sont les limites de vos garanties ?
- ⌚ Le terme des garanties

DÉFINITIONS

- ⌚ Enfants à charge
- ⌚ Conjoint
- ⌚ Concubin
- ⌚ Partenaire de Pacs
- ⌚ Personnes à charge
- ⌚ Accident
- ⌚ Accident du travail
- ⌚ Accident de la circulation
- ⌚ Accident au cours d'un déplacement professionnel
- ⌚ Invalidité absolue et définitive

Pièces à fournir à Mutex pour toute demande de prestation

15

Le descriptif de vos garanties est contenu dans le résumé des garanties obligatoirement joint en annexe

LES GARANTIES

⌚ Quand vos garanties prennent-elles effet ?

Vos garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat de prévoyance collective souscrit par votre employeur.

⌚ Quand cessent-elles ?

Sous réserve de l'application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (cf. chapitre « Portabilité ») lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de l'entreprise (démission - licenciement - terme du contrat de travail), vous êtes radié de la garantie dès le terme de votre contrat de travail, préavis éventuel effectué ou non inclus.

Toutefois vous demeurez couverts jusqu'à épuisement de vos droits à indemnisation en ce qui concerne les affections ou arrêts de travail médicalement constatés et indemnisés par la Sécurité sociale antérieurement à la date du licenciement, de la démission (préavis éventuel, effectué ou non, inclus), ou du terme du contrat de travail.

Si votre employeur a souscrit la garantie : DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

⌚ Quel est l'objet de la garantie ?

1) Garantir le versement, si vous décédez, d'un capital « décès » dont le montant est défini dans le résumé de garanties au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

Si vous êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive (IAD) (*), vous pouvez demander le versement par anticipation des prestations prévues en cas de décès.

Seule peut donner lieu au versement du capital décès par anticipation, l'IAD reconnue par la Sécurité sociale, et par assimilation, l'incapacité permanente et totale (IPT) (*) avec majoration pour tierce personne reconnue par la Sécurité sociale.

Le versement du capital au titre de l'IAD met fin à la garantie Décès.

2) Lorsque la garantie « Décès accidentel » a été souscrite, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires, un capital décès supplémentaire dont le montant est défini dans le résumé de garanties en cas de décès ou d'IAD par accident.

⌚ Qui sont les bénéficiaires de la prestation ?

Bénéficiaires du capital en cas de décès

Les salariés peuvent désigner le(s) bénéficiaire(s) dans le bulletin de désignation de bénéficiaire. Cette désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Si le bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au bulletin de désignation ; elles seront utilisées par Mutex lors du décès de l'assuré.

A défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les bénéficiaires sont :

- le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- le partenaire de l'assuré lié par un PACS ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- le concubin de l'assuré ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ;
- les parents de l'assuré, à défaut ;
- les héritiers de l'assuré en application des règles de la dévolution successorale légale.

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

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée. Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocabile en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

- par voie d'avenant signé de MUTEX, du salarié et du bénéficiaire ;
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé du salarié et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à MUTEX pour lui être opposable.

Bénéficiaires du capital en cas d'IAD

Le bénéficiaire des capitaux n'est autre que vous-même, à l'exception des majorations relatives pour enfant ou personne à charge et du double effet (remis aux intéressés).

⌚ Quel est le montant du capital décès ?

Le montant du capital est défini dans le résumé de garanties joint à la présente notice.

Comment est défini le capital Décès de base ?

Il s'agit du capital de base défini dans le résumé de garanties versé à vos bénéficiaires en cas de décès.

Y a-t-il des majorations familiales ?

Oui, le capital de base peut être majoré pour enfant ou personne à charge (*).

L'ensemble des majorations familiales est limité au double du capital décès.

Le capital est-il majoré suite à décès ou IAD par accident ?

Oui, si la garantie « Décès accidentel » est souscrite au contrat ; un capital supplémentaire est alors versé en complément du capital Décès de base et des majorations éventuelles pour enfant à charge, lorsque le décès ou l'IAD résulte d'un accident (*).

En quoi consiste la garantie Double effet ?

En cas de décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenant simultanément ou postérieurement au vôtre, il est versé une prestation à chaque enfant à charge, soit sous forme de rente (allocation Orphelin), soit sous forme de capital (Capital orphelin) et ce, conformément aux mentions contenues dans le résumé de garanties.

Le bénéfice de cette prestation est conditionné au fait que le décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs intervienne avant la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale 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.

L'IAD est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation double effet.

Allocation orphelin :

Il est versé à chaque enfant à charge une allocation orphelin dont le montant est indiqué dans le résumé de garanties.

Le rente est versée trimestriellement à terme échu, nette de contributions sociales prévues par la réglementation en vigueur et d'impôt sur le revenu sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire est toujours à charge :

- si l'enfant est mineur non émancipé : pour son compte à la personne qui, depuis le décès de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou partenaire de Pacs en assume la charge effective et permanente.
- si l'enfant est majeur ou émancipé : à l'enfant lui-même.
- si l'enfant est majeur protégé : pour son compte à son représentant légal.

Le service de l'allocation orphelin cesse en tout état de cause à la date du décès du bénéficiaire ou à la date à laquelle ce dernier cesse d'être à charge.

Capital orphelin :

Il est versé un capital égal au montant défini dans le résumé de garanties et réparti entre les enfants restant à charge.

(*) Se reporter au chapitre « définitions » des dispositions générales de la présente notice.

⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement du capital décès ?

Comment formuler la demande ?

En cas de Décès, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- 1 - Une demande de capital « Décès » signée par le représentant qualifié de l'employeur ;
- 2 - Une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- 3 - Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- 4 - Le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit la qualité d'enfant ou de personne à charge ;
- 5 - Les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;

En cas d'IAD, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs suivants :

- 1 - Une demande de capital « Invalidité Absolue et Définitive », signée par le représentant qualifié de l'employeur ;
- 2 - Un titre de pension d'invalidité de 3^e catégorie (IAD) ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne (IPT), émis par la Sécurité sociale ;
- 3 - Eventuellement les pièces et justificatifs prévus aux paragraphes 4 et 5 ci-dessus ;
- 4 - Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital ou de rente.

Quand sont versés les capitaux ?

Ils sont versés en une seule fois dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées ci-dessus et sous réserve, le cas échéant, du contrôle prévu en cas de demande de capital pour IAD.

A l'ouverture des droits, le bénéficiaire peut demander la transformation des capitaux dus en rente viagère ou temporaire selon les conditions figurant sur le formulaire de demande de capital.

Quand cesse la garantie Décès - IAD ?

Elle prend fin à dater soit :

- du jour où vous bénéficiez de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi-retraite telle que prévue par la législation en vigueur,
- dans tous les cas, à la date de la rupture du contrat de travail (sous réserve des dispositions énoncées au point « Maintien de la garantie décès »),
- du jour où vous ne percevez plus l'une des prestations versées par la Sécurité sociale (cf. « Maintien de la garantie décès »).

⌚ Ce que vous devez également savoir concernant la garantie décès

Dans quelles conditions est maintenue la garantie Décès ?

La garantie du capital Décès (à l'exception des capitaux pour accident) vous reste acquise -sous réserve que le capital n'ait pas été versé au titre de l'IAD-, si vous êtes démissionnaire ou licencié en raison de votre état de santé et remplissez, à la date d'effet de la démission ou du licenciement, l'une des conditions suivantes :

- bénéficier des indemnités journalières depuis 3 mois consécutifs de date à date au titre de l'assurance maladie, accidents du travail ou maladies professionnelles de la Sécurité sociale ;
- bénéficier d'une pension d'invalidité (art. L.341.1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- bénéficier d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité d'au moins 66 % (art. L.432.2 du Code de la Sécurité sociale).

⌚ Si votre employeur a souscrit la garantie : OBSÈQUES

⌚ Quel est l'objet de la garantie ?

Garantir le versement, dans l'hypothèse de votre décès, ou de celui de votre conjoint non séparé de corps judiciairement à la date du décès, ou de votre concubin, ou de votre partenaire de Pacs, ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus, d'une indemnité pour frais d'obsèques à hauteur des dépenses supportées et plafonnées au montant fixé dans le résumé de garanties, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

La garantie obsèques ne couvre pas les frais de concession.

Les indemnités maxima garanties sont calculées sur la base du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

En conséquence, le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques. Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat.

⌚ Qui sont les bénéficiaires de la prestation ?

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 de la prestation ?

Les frais sont remboursés dans un délai maximum de 30 jours à compter de la production des pièces et justificatifs suivants :

- 1 - une demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- 2 - une pièce justifiant du décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- 3 - une pièce justifiant, le cas échéant, du décès du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus ;
- 4 - tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement ;
- 5 - toute pièce justifiant, le cas échéant, le lien conjugal, concubin, partenaire de Pacs ou la qualité d'enfant à charge de 12 ans et plus ;

Modalités de versement

Les indemnités dues, sont dans tous les cas versées au souscripteur, à charge pour ce dernier d'en effectuer le paiement, sous sa responsabilité, à la personne physique ou morale qui aura assuré le paiement des frais d'obsèques et qui en aura présenté les factures acquittées.

⌚ Si votre employeur a souscrit la garantie : RENTE DE CONJOINT

⌚ Quel est l'objet de la garantie ?

Garantir, dans l'hypothèse de votre décès, le versement d'une rente viagère et le cas échéant d'une rente temporaire à votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement à la date du décès, ou à votre partenaire de Pacs, ou concubin (ceux-ci ayant toujours la qualité au jour du décès).

Une allocation orphelin peut éventuellement être versée.

⌚ Quelles sont les prestations garanties ?

Les montants des rentes viagères et temporaires ainsi que de l'allocation orphelin sont déterminés dans le résumé de garanties.

Les rentes de conjoint

Les rentes viagères et temporaires sont versées à compter du décès, sous réserve pour la rente temporaire, de remplir les conditions d'ouverture des droits.

Le bénéficiaire de la rente temporaire est le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement à la date du décès, le partenaire de Pacs ou le concubin (ceux-ci ayant toujours la qualité au jour du décès) ne bénéficiant pas de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire (Agirc-Arrco) de l'assuré décédé.

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

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

L'allocation orphelin

En cas de décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenant simultanément ou postérieurement au vôtre, il est versé à chaque enfant à charge une allocation orphelin dont le montant est indiqué dans le résumé de garanties.

Le bénéfice de cette prestation est conditionné au fait que le décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs intervienne avant la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale 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.

⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des prestations garanties ?

Comment formuler la demande de rente ?

Les rentes sont servies sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une demande de rente signée par le représentant qualifié de l'employeur ;
- une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- toute pièce justifiant le lien conjugal, concubin, partenaire de Pacs et, le cas échéant, la qualité d'enfant à charge ;
- les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;

Quand et comment sont versées les rentes ?

Elles sont versées trimestriellement et à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation en vigueur et d'impôt sur le revenu sur production périodique d'un justificatif attestant que le bénéficiaire remplit toujours les conditions exigées par le contrat.

Concernant l'allocation orphelin, la prestation est versée :

- si l'enfant est mineur non émancipé : pour son compte à la personne qui, depuis le décès de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou partenaire de Pacs assume la charge effective et permanente de l'enfant ;
- si l'enfant est majeur ou émancipé : à l'enfant lui-même ;
- si l'enfant est majeur protégé : pour son compte à son représentant légal.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service de la rente de conjoint et de l'allocation orphelin est supprimé :

- au jour du décès du bénéficiaire.
- au jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier.

⌚ Si votre employeur a souscrit la garantie : RENTE ÉDUCATION

⌚ Quel est l'objet de la garantie ?

Garantir le versement dans l'hypothèse de votre décès ou de votre IAD, d'une rente à chaque enfant restant à votre charge (*) à la date du décès ou de la reconnaissance de l'état d'IAD.

Seules peuvent donner lieu au versement de la rente par anticipation, l'IAD et par assimilation, l'Incapacité Permanente et Totale (I.P.T.) avec majoration pour tierce personne reconnue par la Sécurité sociale.

Une allocation orphelin peut éventuellement être versée.

⌚ Quelles sont les prestations garanties ?

Rente Éducation

Le montant annuel de la rente est fixé dans le résumé de garanties. La rente est versée à compter de votre décès ou de la constatation de votre IAD.

Allocation orphelin

En cas de décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, survenant simultanément ou postérieurement au vôtre, il est versé à chaque enfant à charge une allocation orphelin dont le montant est indiqué dans le résumé de garanties.

Le bénéfice de cette prestation est conditionné au fait que le décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs intervienne avant la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale 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.

⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des prestations garanties ?

Comment formuler la demande de rente ?

En cas de décès

Les rentes sont versées sur production des pièces et justificatifs suivants :

- 1 - une demande de rente signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- 2 - une pièce justifiant du décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- 3 - un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- 4 - toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge ;
- 5 - les justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;

En cas d'invalidité absolue et définitive

Les rentes sont versées sur production des pièces et justificatifs suivants :

- 1 - une demande de rente signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- 2 - un 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 ;
- 3 - les pièces et justificatifs prévus au point 4 ci-dessus ainsi que ceux mentionnés sur le formulaire de demande de rente.

Quand et comment sont versées les rentes ?

Elles sont versées trimestriellement à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation en vigueur et d'impôt sur le revenu sur production périodique d'un justificatif attestant que les bénéficiaire est toujours à charge :

- si l'enfant est mineur non émancipé : pour son compte à la personne qui, depuis votre décès ou celui de votre conjoint, votre

(*) Se reporter au chapitre « définitions » des dispositions générales de la présente notice.

concubin ou votre partenaire de Pacs assume la charge effective et permanente de l'enfant ;

- si l'enfant est majeur ou émancipé : à l'enfant lui-même ;
- si l'enfant est majeur protégé : pour son compte à son représentant légal.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service de la rente éducation et de l'allocation orphelin est supprimé :

- au décès du bénéficiaire ;
- du jour où le bénéficiaire cesse d'être à charge.

Si votre employeur a souscrit la garantie : INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

⌚ Quel est l'objet de la garantie ?

Vous faire bénéficier d'indemnités journalières si vous vous trouvez momentanément dans l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté et si vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Seules peuvent être indemnisées les périodes d'arrêt de travail donnant lieu à l'attribution d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

⌚ Quelles sont les prestations garanties ?

Le montant des indemnités journalières est calculé sur la base de 365 jours, soit 1/91,25^e du salaire de référence (*) auquel est appliqué le taux indiqué dans le résumé de garanties, déduction faite des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance complémentaire.

- Dans le cas où le contrat de travail est maintenu, les prestations versées au souscripteur s'entendent sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, prélèvements sociaux non retranchés.
- Dans le cas où le contrat de travail est rompu, les prestations versées à l'assuré s'entendent sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, prélèvements sociaux retranchés.

⌚ Quelles sont les règles d'indemnisation ?

Quand débute l'indemnisation ?

1. L'indemnisation ne débute qu'à l'issue d'une franchise précisée dans le résumé de garantie. En cas de rechute dûment constatée par la Sécurité sociale ou de prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale, le versement des prestations reprend dès le 1^{er} jour de la nouvelle période d'interruption de travail, sous réserve que celle-ci soit en lien avec la pathologie ayant entraîné l'arrêt précédemment indemnisé au titre du présent contrat. Aucune franchise, en dehors de celle pratiquée éventuellement par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celle de l'arrêt de travail précédent. La garantie en vigueur à la date du dernier arrêt de travail est retenue.

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail continu ou discontinu se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation fixée dans le résumé de garanties.

La détermination de la franchise continue ou discontinue s'effectue dans le cadre de l'année civile.

2. Lorsque la garantie « Mensualisation » ou « Complément convention collective » est choisie, la franchise et la durée d'indemnisation sont celles prévues par la convention collective, l'accord d'entreprise ou les dispositions légales sur le maintien de salaire en cas d'absence pour maladie ou accident en vigueur à la date de la souscription du contrat.

(*) Se reporter au chapitre « détermination des assiettes » des dispositions générales de la présente notice.

3. Lorsque la garantie « Relais-Convention collective » est choisie, la franchise de la garantie assurée par Mutex est constituée à la fois par la franchise éventuellement prévue par la convention collective, l'accord d'entreprise ou les dispositions légales sur le maintien de salaire en cas d'absence pour maladie ou accident. Pour l'application de celle-ci sont retenues les dispositions en vigueur à la date de souscription du contrat.

La reconstitution du crédit d'indemnisation s'opère selon les règles prévues par la convention collective, l'accord d'entreprise ou les dispositions légales sur le maintien de salaire en cas d'absence pour maladie ou accident.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

Les indemnités journalières complémentaires aux indemnités journalières de la Sécurité sociale sont servies pendant toute la durée du versement de celles-ci dans la limite du terme de la garantie fixé au résumé de garanties.

⌚ Quelles sont les conditions et modalités du versement des indemnités journalières ?

Comment formuler la demande d'indemnités ?

La demande d'indemnisation doit être présentée à Mutex par l'intermédiaire de votre employeur, **dans les 6 mois** qui suivent la date à partir de laquelle vous pouvez prétendre à des indemnités journalières complémentaires.

Comment sont versées les indemnités journalières ?

Les pièces et justificatifs suivants sont à fournir :

- 1 - la demande d'indemnités journalières signée par votre employeur ou son représentant ;
- 2 - le décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale dans un délai de 6 mois ;
- 3 - les bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail.

Le versement des indemnités journalières s'effectue ensuite au fur et à mesure de la présentation des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Quand cesse le versement des indemnités journalières ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater, soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- du jour de l'arrivée du terme prévu au résumé de garanties ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques.

Le versement de la prestation cesse définitivement à compter soit :

- 1°) de la date à laquelle l'assuré perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- 2°) de la date à laquelle l'assuré perçoit une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;
- 3°) de la date à laquelle l'assuré perçoit une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi-retraite selon la législation en vigueur ;
- 4°) du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le présent contrat pour bénéficier des prestations ;
- 5°) Au plus tard au 1095^e jour d'arrêt de travail.

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, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Traitements 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.

Si votre employeur a souscrit la garantie : INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Quel est l'objet de la garantie ?

Vous garantir le versement d'une rente pour compenser vos pertes de salaire si vous êtes reconnu en invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

Invalidité :

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'invalidité visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale (*).

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité dans le résumé de garanties.

Incapacité entre 33 % et moins de 66 % :

Est visée par le présent paragraphe, l'incapacité permanente (au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale) d'un taux compris entre 33 % et moins de 66 % résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale au titre de l'article L.434-2.

Le montant de la rente d'incapacité permanente professionnelle partielle est calculé en fonction de la formule :

R x 3 N N étant le taux d'incapacité permanente professionnelle

$$2 \quad R \text{ le montant trimestriel de la rente invalidité Mutex de 2^e catégorie.}$$

Incapacité égale ou supérieure à 66 % :

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L.434-2 dudit Code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^e catégorie (ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie).

Quelles sont les règles d'indemnisation ?

Le montant de la rente indiqué dans le résumé de garanties s'entend sous déduction des prestations de la Sécurité sociale (prélèvements sociaux non retranchés), et/ou de tout autre organisme de prévoyance complémentaire.

Quand débute l'indemnisation ?

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

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

La rente est versée aussi longtemps que vous percevez une rente d'invalidité ou une pension d'incapacité permanente de la Sécurité sociale.

(*) Art. 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^{re} catégorie - Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3^{re} 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.

En tout état de cause, le versement de la rente cesse :

- de la date à laquelle l'assuré perçoit la pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi-retraite selon la législation en vigueur.
- du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le présent contrat pour bénéficier des prestations.

Règles particulières d'indemnisation en cas de rechute :

Le service des rentes lorsqu'il est interrompu en application des dispositions ci-dessus reprend automatiquement du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité était redevenue supérieure à 50 %.

Quelles sont les conditions et modalités du versement des rentes ?

Comment formuler la demande de rente ?

La demande doit être adressée à Mutex **dans un délai maximum de 6 mois** à compter de la date à partir de laquelle vous pouvez prétendre aux prestations.

Les pièces et justificatifs suivants sont à fournir :

- 1 - une demande de rente signée par votre employeur ou son représentant ;
- 2 - la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale ;
- 3 - les bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail.

Quand sont versées les rentes ?

Elles sont versées à terme échu, trimestriellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement de la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation en vigueur et d'impôt sur le revenu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension ou de la rente par la Sécurité sociale.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes est interrompu à dater, soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'incapacité ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf justification thérapeutique : ces deux derniers cas ne sont pas applicables aux assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1^{re} catégorie ou d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 50 % en ce qui concerne les rentes d'invalidité ou les rentes d'incapacité pour un taux supérieur ou égal à 66 % ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes servies pour un taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 % ;

En tout état de cause la rente cesse à compter :

- de la date à laquelle l'assuré perçoit la pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi-retraite selon la législation en vigueur.
- du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le présent contrat pour bénéficier 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, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

PORTABILITÉ

⌚ Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits :

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

⌚ Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiant du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, 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 du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié bénéficie 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.

Les anciens salariés du souscripteur dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat bénéficient du maintien des garanties 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 des droits.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle et liquidation de la pension de retraite de base ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation),
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation,
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail,

- au jour du décès de l'assuré.

Obligation de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par l'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée à l'assurance chômage.

⌚ 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 des salariés à laquelle appartenait l'ancien salarié à la date de la cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence, précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.

Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées sur la base de ce que l'ancien salarié aurait perçu s'il était resté en activité.

Cumul des prestations

En tout état de cause, les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié 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, en raison notamment de l'application d'un différend d'indemnisation par le régime d'assurance chômage (délai de carence de l'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base des conditions d'assurance chômage auxquelles l'ancien salarié ouvre droit, applicables au jour de l'arrêt de travail.

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

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

- au maintien des garanties Décès aux anciens salariés en arrêt de travail à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant aux conditions particulières,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

⌚ Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,

- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Détermination des assiettes

⌚ Quelle est l'assiette des cotisations ?

Le salaire servant de base de calcul des cotisations est composé de :

Tranche 1: partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,

Tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale : partie du salaire annuel brut comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,

ou

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.

Le salaire de référence comprend éventuellement les primes régulièrement perçues au cours de l'année à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (primes de départ à la retraite...).

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre d'un congé de mobilité, etc) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article «Suspension du contrat de travail avec maintien de la rémunération» de la présente notice d'information, 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.

Celui-ci s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

⌚ Quelle est l'assiette des prestations ?

Le salaire de référence est le salaire brut fixe ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par l'assuré au cours des 3 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit à des prestations.

Ce salaire est le cas échéant majoré du quart des rémunérations variables supplémentaires, régulièrement versées (13e mois, prime de vacances...) ayant donné lieu à cotisation au titre des 12 derniers mois civils, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Lorsqu'au cours de la période de référence, l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre d'un congé de mobilité, etc), le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat.

Ce revenu de remplacement est celui versé par l'employeur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Lorsque la base de calcul est annuelle, le salaire de référence est multiplié par quatre.

Montant maximum d'indemnisation

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.

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 présent contrat, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale.

⌚ Revalorisation

Revalorisation automatique des contrats définis en euros

Une revalorisation parallèle du montant des garanties et des cotisations, exprimées en euros, intervient au 1^{er} janvier de chaque année sur la base du pourcentage d'augmentation de la valeur du point de retraite Agirc-Arrco au cours de la dernière période de juillet à juillet.

Revalorisation de l'assiette 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 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 semestriels 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 :

Les taux de revalorisation semestriels sont appliqués chaque semestre :

- au 1^{er} janvier 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} janvier de l'année en cours, ou la date d'ouverture des droits à prestations et le 1^{er} janvier de l'année en cours lorsque ces droits ont été ouverts postérieurement au 1^{er} juillet de l'année précédente,
- et au 1^{er} juillet par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée entre le 1^{er} janvier 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} janvier.

Ces taux de revalorisation sont limités chaque année :

- au 1^{er} juillet de l'année N, à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année N-1, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-1 ;
- au 1^{er} janvier de l'année N+1, à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année N-1, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-1 et du taux de revalorisation appliquée au 1^{er} juillet de l'année N.

Pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024, cette limite est appliquée pour tout nouvel arrêt de travail et/ou décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024.

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

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année, sous réserve lorsque vous êtes le bénéficiaire, que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continu à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées :

- au 1^{er} janvier 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} janvier de l'année en cours, ou la date d'ouverture des droits à prestations et le 1^{er} janvier de l'année en cours lorsque ces droits ont été ouverts postérieurement au 1^{er} juillet de l'année précédente,
- et au 1^{er} juillet de chaque année par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée entre le 1^{er} janvier 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} janvier.

La somme du taux de revalorisation du 1^{er} juillet de l'année N et du taux de revalorisation du 1^{er} janvier de l'année N+1 est limitée chaque année au 1^{er} janvier de l'année N+1 à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année N-1 sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-1.

Pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024, cette limite est appliquée pour tout nouvel arrêt de travail et/ou décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024.

Par principe, en cas de résiliation du présent 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 présent contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du présent contrat, en l'absence d'organisme assureur repreneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du présent contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

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 ou des allocations dues entre le décès ouvrant droit aux prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrérages de rentes ou 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 ci-dessous pour les prestations périodiques en cours de service. A 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.

Prescription

Toute(s) action(s) dérivant du présent contrat sont prescrite(s) par 2 ans (10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré) à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1^o En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Mutex en a eu connaissance ;
- 2^o En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'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 l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est suspendue notamment, en cas de saisine par l'assuré du Médiateur de l'assurance, selon les modalités formulées à l'article « Réclamations et médiation » de la présente notice.

Le cours de la prescription est alors temporairement arrêté sans effacer le délai déjà couru.

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 de 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 d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par Mutex en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à Mutex en ce qui concerne le règlement des prestations.

Contrôles

Mutex peut à tout moment, faire procéder à tout contrôle, visites médicales et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Elle peut également, à tout moment, effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle juge utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par Mutex.

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

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par Mutex restent à la charge de Mutex ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront 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, dans le cas où l'organisme assureur ou gestionnaire n'aurait pas été en mesure d'apporter 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, vous, votre employeur, ou les bénéficiaires de prestations, recevez un accusé de réception par écrit à la réclamation formalisée sur support durable, adressé 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 dans un délai n'excédant pas **deux mois** à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement par vous, votre employeur, ou les bénéficiaires de prestations (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 en cas d'absence de réponse depuis plus 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.

La procédure de médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le médiateur.

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.

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 sur le site de la Médiation de l'Assurance.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

L'organisme de contrôle de Mutex est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

Fausse déclaration intentionnelle

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

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

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 délégué. 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 – améliorer 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 du 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 fondeut 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.

⌚ Modification du contrat

Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul et montant des cotisations, peuvent être modifiés par voie d'avenant ou lettre-avenant au contrat souscrit par votre employeur auprès de Mutex. Votre employeur vous informe de ces modifications.

⌚ Quelles sont les limites de vos garanties ?

Exclusions

Exclusions générales

En dehors de la garantie Obsèques, pour laquelle seuls les risques de guerres civiles et étrangères sont exclus, Mutex prend en charge tous les risques sauf ceux résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- directement ou indirectement du fait de guerre civile ou étrangère ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- 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 l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

Exclusions propres aux garanties

A. En ce qui concerne les capitaux Décès, les Rentes éducation et Rentes de conjoint, ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion. Ce délai peut être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont le présent contrat prend la suite immédiate ;
 - le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire de l'assuré 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.
- B. Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, invalidités, incapacités permanentes professionnelles, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :
- de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
 - d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée 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 ;
 - directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
 - de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
 - de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;
 - de la maternité sauf cas pathologique (*pour la garantie Incapacité temporaire totale uniquement*).

Pour la garantie « Double effet » (allocation orphelin/capital orphelin), le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Déchéance

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

En outre, vous et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations êtes déchus 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.

Suspension de la garantie

En cas de suspension du contrat de travail

A) Suspension du contrat de travail avec maintien de la rémunération

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

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ou au versement par l'employeur d'un revenu de remplacement au profit des salariés placés en activité partielle, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ou dans le cadre d'un congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...),

Les garanties de prévoyance définies au contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son 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.

B) Suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération

Sauf dispositions contraires prévues aux conditions particulières, la garantie est suspendue de plein droit dans les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré ne donnant pas lieu :

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

Il en est ainsi notamment, en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, etc.

La suspension de la garantie intervient à la date de la suspension du contrat de travail.

La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que Mutex en soit informée dans les trois mois suivant la reprise.

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

Suspension de garantie pour non-paiement de la cotisation :

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie si la mise en demeure de payer n'est pas suivie d'effet dans un délai de 30 jours.

L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

A défaut de paiement à l'issue d'un délai de 45 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure le contrat est résilié automatiquement.

④ Le terme des garanties

Rupture du contrat de travail

Les assurés démissionnaires, licenciés ou dont le contrat de travail est arrivé à terme, demeurent couverts jusqu'à épuisement de leurs droits à indemnisation en ce qui concerne les affections ou les arrêts de travail médicalement constatés et indemnisés par la Sécurité sociale antérieurement à la date du licenciement, de la démission (préavis éventuel, effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail. Toutefois, ils sont radiés de la garantie dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel, effectué ou non, inclus), ou du terme du contrat de travail sous réserve des dispositions relatives à la portabilité.

Résiliation du contrat d'assurance

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation du contrat.

Le bénéfice des garanties Décès souscrites est toutefois maintenu aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat et ce, pendant toute la durée de cette indemnisation.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint à la date de résiliation jusqu'à l'extinction des droits selon les modalités définies aux articles « Revalorisation de l'assiette des prestations » et « Revalorisation des prestations périodiques en cours de service ».

En cas de résiliation du contrat, Mutex pourra vous proposer une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, 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 concerné à la date de résiliation dudit contrat.

DÉFINITIONS

◎ Enfants à charge

Sont considérés comme à charge les enfants âgés de moins de 16 ans, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Ainsi que les enfants de moins de 26 ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité,
- qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC mensuel ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire,
- qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L.241.3 du Code de l'Action sociale et des familles,

Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.

◎ Conjoint

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation amiable ou judiciaire, sous réserve de transcription de la séparation 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 l'assuré dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515 - 8 du Code Civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'un an puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture d'électricité,...) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union.

◎ Partenaire de Pacs

Personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil). Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par 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.

◎ Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge, les personnes vivant sous le toit de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

◎ Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidentels les dommages résultants d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

◎ Accident du travail

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

◎ Accident de la circulation

On entend par accident de la circulation celui dont l'assuré est 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.

◎ Accident au cours d'un déplacement professionnel

On entend par accident survenu au cours d'un déplacement professionnel, celui dont l'assuré est victime à l'occasion d'un déplacement temporaire dans le cadre de son activité professionnelle en dehors de son lieu de travail habituel, et pour lequel l'employeur a formalisé le déplacement par la signature d'un ordre de mission.

◎ Invalidité absolue et définitive

Par invalidité absolue et définitive, il faut entendre 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 :

« 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 ».

Est assimilée à l'Invalidité absolue et définitive, l'Incapacité permanente et totale avec attribution d'une majoration de rente pour tierce personne.

Par Incapacité permanente totale, il faut entendre l'incapacité définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale :

« personnes reconnues incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque leur procurant gain ou profit, dont le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est égal à 100 %, avec majoration en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne ».

PIÈCES À FOURNIR À MUTEX POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATION

| Documents à fournir | Incapacité temporaire | Invalidité Incapacité Permanente professionnelle | Obsèques | Décès | Rente de conjoint | Rente Éducation |
|---|-----------------------|--|----------|-------|-------------------|-----------------|
| Demande de rente signée par le représentant qualifié de l'employeur | - | ✓ | - | - | ✓ | ✓ |
| Pièce justifiant du décès de l'assuré ex : bulletin de décès... (éventuellement du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus... pour la garantie Obsèques et le cas échéant la copie du procès verbal de gendarmerie en cas de décès accidentel) | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| Justifications utiles de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge | - | - | ✓ | - | - | ✓ |
| Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de prestation et le cas échéant la copie du procès verbal de gendarmerie en cas de décès accidentel. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | - |
| 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 | - | - | - | ✓ | - | ✓ |
| Toute pièce justifiant le lien conjugal et, le cas échéant, la qualité d'enfant à charge (ou de personne à charge) | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - |
| Demande de capital décès signée par le représentant qualifié de l'employeur | - | - | - | ✓ | - | - |
| Demande de capital Invalidité absolue et définitive signée par le représentant qualifié de l'employeur | - | - | - | ✓ | - | - |
| Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié du souscripteur | - | - | ✓ | - | - | - |
| Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et leur paiement | - | - | ✓ | - | - | - |
| Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale | - | ✓ | - | - | - | - |
| Bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail | ✓ | ✓ | - | - | - | - |
| Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié du souscripteur | ✓ | - | - | - | - | - |
| Demande de rente signée par le représentant qualifié du souscripteur | - | ✓ | - | - | - | - |
| Décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale | ✓ | - | - | - | - | - |



2423255

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37302300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon

Convention Collective Nationale des Etablissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif

IDCC 29 - BROCHURE JO N° 3198

ANNEXE DE GARANTIES Offre conventionnelle Ensemble du personnel

La présente annexe de garanties est indissociable des conditions générales « *MUTEX PME 2016* », ainsi que des conditions particulières et de ses éventuels avenants. Elle doit être également remise aux assurés en complément de la notice d'information « *MUTEX PME 2016* » et du résumé des garanties.

Seules les garanties définies à la présente annexe sont assurées.

⊗ PERSONNEL ASSURÉ

L'ensemble des membres du personnel salarié tel que défini aux conditions particulières et au résumé des garanties, et bénéficiaires du régime de prévoyance défini aux Titres XIII et XIV de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

⊗ GARANTIES SOUSCRITES

⇒ GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

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

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, il est versé un capital de :

| <i>Situation de famille</i> | Montant en pourcentage du salaire annuel de référence | |
|--|---|-----------|
| | Tranche A | Tranche B |
| Célibataire, veuf ou divorcé | 75 % | 75 % |
| Marié, concubin ou partenaire de Pacs | 100 % | 100 % |
| Majoration par enfant ou personne à charge | 25 % | 25 % |

Capital supplémentaire décès ou IAD par accident / accident du travail ou maladie professionnelle

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive par accident/accident du travail ou maladie professionnelle de l'assuré, il est versé un capital supplémentaire au capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes de :

| Situation de famille | Montant en pourcentage du salaire annuel de référence | |
|--|---|-----------|
| | Tranche A | Tranche B |
| Célibataire, veuf ou divorcé | 75 % | 75 % |
| Marié, concubin ou partenaire de Pacs | 100 % | 100 % |
| Majoration par enfant ou personne à charge | 25 % | 25 % |

⇒ GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

MALADIE OU ACCIDENT DE LA VIE COURANTE

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, pour bénéficier de la garantie incapacité temporaire totale en cas de maladie ou accident de la vie courante, une ancienneté d'au moins 12 mois de travail effectif continu ou non dans l'établissement est requise.

En cas de maladie courte durée

| Personnel non cadre tel que défini aux conditions particulières et au résumé des garanties | | |
|--|--|--|
| Ancienneté dans l'établissement | Durée d'indemnisation | Montant de l'indemnisation en pourcentage du salaire de référence TA et TB |
| Au moins 12 mois de travail effectif continu ou non | du 4 ^{ème} jour au 180 ^{ème} jour d'arrêt de travail et en cas d'hospitalisation, du 1 ^{er} jour au 180 ^{ème} jour d'arrêt de travail | 100 % |

| Personnel cadre tel que défini aux conditions particulières et au résumé des garanties | | |
|--|--|--|
| Ancienneté dans l'établissement | Durée d'indemnisation | Montant de l'indemnisation en pourcentage du salaire de référence TA et TB |
| Au moins 12 mois de travail effectif continu ou non | du 4 ^{ème} jour au 6 ^{ème} mois d'arrêt de travail et en cas d'hospitalisation, du 1 ^{er} jour au 6 ^{ème} mois d'arrêt de travail | 100 % |
| | du 6 ^{ème} au 12 ^{ème} mois d'arrêt de travail | 50 % |

Les indemnités journalières complémentaires pour maladie de courte durée ne sont servies que lorsque l'arrêt de travail ouvre droit pour l'assuré aux indemnités journalières prévues à l'article L 323.1.2° du Code de la Sécurité sociale, mais en cas d'hospitalisation, intervenue en début ou en cours d'arrêt de travail, elles sont versées dès le premier jour de l'incapacité de travail.

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, cette condition de perception des indemnités journalières est supprimée pour l'assuré invalide de 1^{ère} catégorie ayant repris une activité à temps partiel au sein de l'établissement, lorsque le bénéfice des indemnités journalières servie par la Sécurité sociale lui est refusé au motif que son état est stabilisé (certificat de la Sécurité sociale à fournir).

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, pour les assurés non cadres, les indemnités journalières complémentaires cessent d'être servies lorsque l'intéressé a épuisé ses droits aux indemnités journalières de Sécurité sociale prévues à l'article L 323.1.2° précité, ou lorsqu'il a été absent pour maladie plus de cent quatre-vingts jours pendant une période quelconque de douze mois consécutifs. L'intéressé ne recouvre ses droits à indemnisation qu'après une reprise de travail correspondant à au moins six mois de services effectifs, continus ou non, dans l'établissement, et à condition qu'il ait droit aux indemnités journalières prévues à l'article L 323.1.2° du Code de la Sécurité sociale.

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, pour les assurés cadres, elles cessent d'être servies lorsque l'intéressé a épuisé ses droits aux indemnités journalières de Sécurité sociale prévues à l'article L 323.1.2° précité, ou lorsqu'il a été absent pour maladie pendant plus de douze mois consécutifs. L'intéressé ne recouvre ses droits à indemnisation qu'après une reprise de travail correspondant à douze mois de services effectifs, continus ou non, dans l'établissement, et à condition qu'il ait droit aux indemnités journalières prévues à l'article L 323.1.2° du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'affection de longue durée

| Ancienneté dans l'établissement | Durée d'indemnisation | Montant de l'indemnisation en pourcentage du salaire de référence TA et TB |
|---|---|--|
| Au moins 12 mois de travail effectif continu ou non | du 1 ^{er} au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail | 100 % |

Les indemnités journalières complémentaires en cas d'affection longue durée ne sont servies que lorsque l'arrêt de travail ouvre droit pour l'assuré aux indemnités journalières prévues à l'article L 323.1.1° du Code de la Sécurité sociale.

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, elles cessent d'être servies lorsque l'intéressé a épuisé ses droits aux indemnités journalières de Sécurité sociale prévues à l'article L 323.1.1° précité. L'intéressé ne recouvre ses droits à indemnisation qu'après une reprise de travail correspondant à au moins six mois de services effectifs, continus ou non, dans l'établissement, et à condition qu'il ait droit aux indemnités journalières prévues à l'article L 323.1.1° du Code de la Sécurité sociale.

MALADIE PROFESSIONNELLE OU ACCIDENT DE TRAVAIL

| Ancienneté dans l'établissement | Durée d'indemnisation | Montant de l'indemnisation en pourcentage du salaire de référence TA et TB |
|---------------------------------|--|--|
| Quelle que soit l'ancienneté | du 1 ^{er} jour au 1095 ^{ème} jour d'arrêt de travail | 100 % |

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, l'accident du travail ou la maladie professionnelle doit avoir un lien direct avec l'établissement.

Le bénéfice des dispositions relatives à l'indemnisation des maladies professionnelles est étendu aux agents des services spécialisés de maladies contagieuses, pour autant qu'il existe dans le service un cas de maladie dont ils seraient éventuellement atteints.

⇒ GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Invalidité

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, en cas d'invalidité reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, il est versé à l'assuré ayant une ancienneté d'au moins 12 mois de travail effectif continu ou non dans l'établissement, une rente d'un montant égal à :

| Catégorie d'invalidé | Montant en pourcentage du salaire de référence tranches A et B (Sécurité sociale incluse) |
|---|---|
| 3 ^e catégorie Sécurité sociale | 80 % |
| 2 ^e catégorie Sécurité sociale | 80 % |
| 1 ^{ère} catégorie Sécurité sociale | 50 % |

Incapacité permanente professionnelle

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 % résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, et indemnisée par la Sécurité sociale, il est versé à l'assuré une rente d'un montant égal à :

80 % du salaire de référence tranches A et B (Sécurité sociale incluse).

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, le versement de la prestation ne cesse pas à compter de la date à laquelle l'assuré perçoit la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Point de départ de la garantie invalidité et incapacité permanente professionnelle

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont servies dès la reconnaissance de l'état d'invalidité ou de l'état d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale et au plus tard à compter du mille quatre-vingt-seizième jour d'arrêt de travail.

◎ DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

SALAIRS DE RÉFÉRENCE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, les salaires de référence servant de base au calcul des prestations sont définis à la présente annexe dans les conditions suivantes.

Salaire servant de base au calcul des capitaux décès ou invalidité absolue et définitive (IAD)

Le salaire de référence servant de base au calcul des capitaux décès-IAD s'entend comme la dernière rémunération nette annuelle perçue par l'assuré au cours des douze mois précédant le décès ou l'invalidité absolue et définitive dans la limite de la tranche B.

Salaire servant de base au calcul des prestations d'incapacité temporaire totale

Le salaire de référence servant de base de calcul des prestations incapacité temporaire totale est le salaire brut soumis à retenues dans la limite de la tranche B de façon à ce que, lorsque les charges sociales salariales auront été calculées sur cette somme et les indemnités journalières de Sécurité sociale ajoutées, l'assuré perçoive le salaire net qui lui aurait été versé s'il avait continué à travailler, hors primes de décentralisation.

L'indemnisation s'entend déduction faite des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

Salaire servant de base au calcul des prestations invalidité et incapacité permanente professionnelle

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations invalidité et incapacité permanente professionnelle, est le dernier salaire brut dans la limite de la tranche B.

Pour les assurés, antérieurement à temps complet, qui sont passés à temps partiel avant leur mise en invalidité, dans le cadre soit du temps partiel thérapeutique prévu par le Code de la Sécurité Sociale, soit de la préretraite progressive à temps partiel, le dernier salaire brut doit s'entendre du salaire brut entier reconstitué à temps complet.

En cas de reprise totale ou partielle du travail avec maintien de la rente ou pension servie par la Sécurité Sociale, la rente complémentaire continue d'être servie mais son montant sera, s'il y a lieu, réduit de telle sorte que le total des ressources des intéressés ne puisse excéder leur dernier salaire net, reconstitué à temps complet dans le cas où une telle reconstitution est conventionnellement prévue.

REVALORISATIONS

Par dérogation aux conditions générales et à la notice d'information, la revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations et la revalorisation des prestations périodiques en cours de service sont définies à la présente annexe dans les conditions suivantes.

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.

Le taux de revalorisation appliqué est égal au cumul des taux de revalorisation constatés entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou celle de son décès ou invalidité absolue et définitive et tels que définis ci-après.

Les taux de revalorisation sont fixés à chaque date d'application du nouveau point Fehap par référence à la variation du point Fehap constatée entre le nouveau point et l'ancien point.

Ces taux de revalorisation sont limités à chaque date d'application du nouveau point Fehap à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex :

- de l'année N-2 sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-2 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre janvier et mars de l'année N,
- de l'année N-1 sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-1 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre avril et décembre de l'année N.

Si le point Fehap évolue plusieurs fois au cours de l'année civile, la somme de ces taux de revalorisation est limitée à la dernière date d'application de la revalorisation à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire, connu à la date d'application de la revalorisation (celui de l'année N-2 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre janvier et mars de l'année N ; celui de l'année N-1 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre avril et décembre de l'année N).

Pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024, cette limite est appliquée pour tout nouvel arrêt de travail et décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024.

En cas de résiliation du présent 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 invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées, à compter de la date d'ouverture des droits à prestations, à chaque date d'application du nouveau point Fehap par référence à la variation du point Fehap constatée entre le nouveau point et l'ancien point.

Si le point Fehap évolue une fois dans l'année, 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 N-2 sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-2 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre janvier et mars de l'année N,
- de l'année N-1 sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année N-1 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre avril et décembre de l'année N.

Si le point Fehap évolue plusieurs fois au cours de l'année, la somme des taux de revalorisation est limitée chaque année, à la dernière date d'application de la revalorisation, à 85% du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire, connu à la date d'application de la revalorisation (celui de l'année N-2 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre janvier et mars de l'année N ; celui de l'année N-1 si la date d'application de la revalorisation est comprise entre avril et décembre de l'année N).

Pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024, cette limite est appliquée pour tout nouvel arrêt de travail survenu à compter du 1^{er} janvier 2024.

Par principe, en cas de résiliation du présent 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 présent contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du présent contrat, en l'absence d'organisme assureur repreneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du présent contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

Assureur des garanties de prévoyance : 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