

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DE LA PLASTURGIE

CONTRAT
PRÉVOYANCE
ENTREPRISES

ÉDITION 2025



Salariés cadres

NOTICE D'INFORMATION

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4	LA GARANTIE INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	8
I - VOS GARANTIES	5	Quel est l'objet de la garantie ?	8
Quand vos garanties prennent-elles effet ?	5	Quelles sont les prestations garanties ?	8
Quand cessent-elles ?	5	Quelles sont les règles d'indemnisation ?	9
LES GARANTIES DÉCÈS	5	Quelles sont les conditions et modalités du versement des rentes ?	9
Quel est le montant du capital décès ou invalidité absolue et définitive ?	5	Quand cesse le versement des rentes ?	9
Qui sont les bénéficiaires des prestations ?	5	II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
Quelles sont les conditions et modalités du versement des capitaux décès et des prestations garanties ?	6	Détermination des assiettes	10
Quand cesse la garantie décès – invalidité absolue et définitive ?	6	Quelles sont les règles relatives aux prestations ?	10
LA GARANTIE OBSÈQUES	6	Quelles sont les exclusions et les échéances de garantie	15
Quel est l'objet de la garantie ?	6	Suspensions des garanties	16
Qui sont les bénéficiaires des prestations ?	7	Termes des garanties	16
Quelles sont les conditions et modalités du versement de la prestation ?	7	Maintien des garanties	16
LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE	9	III - DÉFINITIONS	19
Quel est l'objet de la garantie ?	9	ANNEXE 1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES	20
Quelles sont les prestations garanties ?	9	ANNEXE 2 - ATTESTATION DE RÉCEPTION	22
Quelles sont les règles d'indemnisation ?	9		
Quelles sont les conditions et modalités du versement des indemnités journalières ?	10		
Quand cesse le versement des indemnités journalières ?	10		

PRÉAMBULE

Le présent régime est ouvert :

- aux salariés cadres relevant tels que définis aux conditions particulières des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Plasturgie,
- aux salariés cadres des filiales ne relevant pas de la Convention Collective Nationale de la Plasturgie mais dont la maison mère relève et ayant mis en place un régime harmonisé pour l'ensemble des filiales de son groupe.

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

Ce document vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, et précise les démarches administratives à accomplir afin d'obtenir le règlement des prestations.

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

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

I - VOS GARANTIES

Quand vos garanties prennent-elles effet ?

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

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié cadre tel que défini aux conditions particulières à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement ou que vous avez changé de catégorie professionnelle postérieurement à la date d'effet du contrat, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche ou de ce changement de catégorie, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans les 3 mois suivant votre prise de fonction. **Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration effectuée par votre employeur.**

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

Quand cessent-elles ?

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

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

LES GARANTIES DÉCÈS

Garantir le versement, si vous décédez, d'un capital «décès» au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires définis au paragraphe « bénéficiaires des prestations ».

Si vous êtes atteint d'une Invalidité Absolue et Définitive telle que définie au paragraphe « Définitions » de la présente notice, 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'I.A.D. reconnue par la Sécurité Sociale, et par assimilation, l'Incapacité Permanente et Totale avec majoration pour tierce personne reconnue par la Sécurité sociale.

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

Quel est le montant du capital décès ou invalidité absolue et définitive ?

Garantie décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

Dans l'hypothèse de votre décès ou de votre invalidité absolue et définitive toutes causes, il est versé un capital dont le montant est égal à :

- Tout assuré quelle que soit sa situation de famille 350 % (*)
() du salaire annuel de référence tranches A, B et C défini au paragraphe « assiette des prestations ».*

Garantie décès - invalidité absolue et définitive par accident

Dans l'hypothèse de votre décès ou de votre invalidité absolue et définitive d'origine accidentelle, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires définis au paragraphe « bénéficiaires des prestations » un capital supplémentaire dont le montant est égal à :

- Tout assuré quelle que soit sa situation de famille 350 % (*)
() du salaire annuel de référence tranches A, B et C défini au paragraphe « assiette des prestations ».*

Garantie double effet

Dans l'hypothèse du décès ou de l'invalidité absolue et définitive de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de PACS survenant simultanément ou postérieurement au vôtre, et au plus tard dans les douze mois suivant cet événement, il est versé aux enfants à charge, tels définis au paragraphe « bénéficiaires des prestations », un capital dont le montant est égal à :

- 100% du capital décès toutes causes

Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

1 - Au titre du Capital « décès » et des capitaux supplémentaires en cas d'accident

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

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

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

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

- soit par voie d'avenant signé par l'organisme assureur, vous-même et le bénéficiaire ;

I - VOS GARANTIES Suite

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

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

- à votre conjoint survivant ;
- à défaut à votre concubin notoire ou au partenaire de PACS ayant toujours cette qualité au jour de votre décès ;
- à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par part égales entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

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

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, les bénéficiaires de la majoration éventuelle du capital pour enfant à charge versée dans l'hypothèse de votre décès sont les enfants ou personnes à charge par part égale entre eux.

2 - Double effet

Les bénéficiaires du capital orphelin sont les enfants à charge, tels que définis au paragraphe « définitions » de la présente notice.

3 - En cas d'invalidité absolue et définitive

Vous êtes le bénéficiaire des capitaux, réserve faite des dispositions ci-dessus concernant les prestations du double effet versés aux intéressés.

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

Formulation de la demande

Pour être versées, les prestations doivent faire l'objet d'une demande de prestation signée par le représentant qualifié de votre employeur, accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

1 - Garanties décès

- Une demande de capital « décès » signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- Une pièce justifiant le décès de l'assuré, sous la forme, en principe, d'un acte de décès ;
- Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle (sous pli confidentiel adressé au médecin conseil) ;
- le cas échéant, toute pièce justifiant soit le lien conjugal, soit le concubinage (déclaration sur l'honneur du concubin signée également par 2 témoins, justificatifs de domicile commun), soit le PACS (copie du récépissé d'enregistrement du PACS, extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de

3 mois), soit la qualité d'enfant à charge ;

- les justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital.

2 - Garantie IAD

- Une demande de capital « invalidité » signée par le représentant qualifié du souscripteur ;
- Un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} 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 ;
- Eventuellement les pièces et justificatifs prévus à l'article 1 ci-dessus ainsi que ceux mentionnés sur le formulaire de demande de capital.

3 - Garantie double effet

- Une pièce justifiant le décès du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS ;
- Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- Toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge ;
- Les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;
- Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital.

Versement des capitaux

Ils sont versés en une seule fois à réception des pièces visées ci-dessus et sous réserve, le cas échéant, du contrôle médical prévu en cas de demande de capital pour I.A.D.

Quand cesse les garanties décès - invalidité absolue et définitive ?

Elles prennent 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 défini par l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale ;
- au jour de votre décès ou de votre invalidité absolue et définitive ;
- pour la garantie double effet, au plus tard 365 jours après la survenance de votre décès ou de votre invalidité absolue et définitive ;
- dans tous les cas, à la date de la rupture du contrat de votre travail (sous réserve des dispositions énoncées au point « portabilité des droits »).

LA GARANTIE OBSÈQUES

Quel est l'objet de la garantie ?

Dans l'hypothèse de votre décès, de celui de votre conjoint, votre concubin, votre partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au moment du décès) ou de votre enfant à charge de plus de 12 ans, il est versé une indemnité pour frais d'obsèques, dans la limite des frais réellement engagés, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis ci-après, d'un montant de :

I - VOS GARANTIES Suite

- 100 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS en vigueur au jour du décès)

Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat.

Les frais d'obsèques, sont couverts à hauteur des dépenses supportées dans la limite des montants ci-dessus.

En conséquence, le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Qui sont les bénéficiaires des prestations ?

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

Quelles sont les conditions et modalités du versement de la prestation ?

Les frais sont remboursés sur production des pièces et justificatifs ci-dessous :

- une demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de l'employeur ;
- une pièce justifiant du décès de l'assuré, et le cas échéant de son conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge – ex : bulletin de décès ;
- tout justificatif attestant du montant des frais en cause et leur paiement ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande des prestations.

LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Quel est l'objet de la garantie ?

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire totale, c'est-à-dire que vous vous trouvez dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, une prestation complémentaire à celle servie par la Sécurité sociale vous est versée.

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

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

L'indemnisation servie a pour objet de compléter en montant et en durée les droits garantis en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident définis par la **Convention Collective Nationale de la Plasturgie en complément et en relais** de l'employeur au titre du maintien de salaire.

Quelles sont les prestations garanties ?

L'organisme assureur vous verse si vous êtes en incapacité de travail, une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant égal à :

- 90 % du salaire tranches A, B et C (*) et ce aussi longtemps que la Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières.

(*) défini au paragraphe « assiette des prestations » (y compris les prestations de la Sécurité sociale).

Le montant de la prestation s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et la fraction de salaire dont la garantie incombe à votre employeur en application de la Convention Collective dont vous relevez.

Le nombre d'indemnités journalières servies est déterminé par rapport au nombre de jours calendaires.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Quelles sont les règles d'indemnisation ?

Début de l'indemnisation

1- SALARIÉS AYANT L'ANCIENNETÉ REQUISE POUR BÉNÉFICIER DES DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU MAINTIEN DE SALAIRE PRÉVUE PAR LA CONVENTION COLLECTIVE DONT ILS RELÈVENT (*)

En tout état de cause, le versement des indemnités journalières débute au plus tôt à compter de la fin de l'intervention de l'employeur au titre de la première période d'indemnisation de la Convention Collective. L'appréciation du crédit d'indemnisation s'effectue conformément aux dispositions définies par la convention collective dont relève l'assuré.

2 - SALARIÉS N'AYANT PAS L'ANCIENNETÉ REQUISE POUR BÉNÉFICIER DES DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU MAINTIEN DE SALAIRE PRÉVUE PAR LA CONVENTION COLLECTIVE DONT ILS RELÈVENT

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 90 jours d'arrêt de travail continu.

La détermination de la franchise continue s'apprécie à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

On entend par franchise, la période d'arrêt continue se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie.

La rechute constatée par la Sécurité sociale, ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale, ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections

I - VOS GARANTIES Suite

comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L.323-1, 1^{er} et R.323-1, 1^o, 2^o, et 3^o du Code de la Sécurité sociale) est considérée comme une rechute sous réserve :

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

L'appréciation du calcul de l'ancienneté s'effectue par référence aux dispositions prévues par la convention collective dont relève l'assuré.

Disposition commune : nécessaire antériorité du fait générateur :

Si vous êtes licencié, arrivé au terme de votre contrat de travail et que vous vous voyez attribuer par la Sécurité sociale une rente ou une pension, l'organisme assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale ait eu lieu **avant** la rupture de votre contrat de travail (licenciement, préavis effectué ou non, inclus, terme du contrat de travail) sauf dispositions prévues au paragraphe « portabilité des droits » de la présente notice.

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 de 1095 jours d'arrêt de travail, et ce, sous réserve que le versement des indemnités journalières ne soit pas interrompu en application du paragraphe ci-dessous « quand cesse le versement des indemnités journalières ? ».

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

Formulation de la demande d'indemnités

La demande d'indemnisation doit être présentée à l'organisme assureur 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.

Versement des indemnités journalières

Les pièces et justificatifs suivants sont à fournir :

- une demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur ;
- le décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de l'incapacité de travail ;
- la copie des bulletins de salaire des 12 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de prestations.

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 votre reprise de travail à temps complet ;
- du jour de votre reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- et au plus tard 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

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.

Néanmoins, la décision d'octroi des prestations se fait sous réserve des dispositions du paragraphe « contrôles ».

Quelles sont les prestations garanties ?

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 votre classement dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale défini au paragraphe « définitions ».

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité et est égal à :

- En 3^{ème} catégorie : 90 % (*)
- En 2^{ème} catégorie : 90 % (*)
- En 1^{ère} catégorie : 54 % (*)

(*) du salaire de référence tranches A et B défini au paragraphe « assiette des prestations », y compris les prestations de la Sécurité sociale, hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En cas de modification de la catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur est modifiée à cette même date.

Incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1er 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).

I - VOS GARANTIES Suite

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 montant et le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Incapacité permanente professionnelle 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 :

$$\frac{R \times 3N}{2}$$

N étant le taux d'incapacité permanente professionnelle,
R le montant trimestriel de la rente d'invalidité 2^{ème} catégorie qui serait versée par l'organisme assureur.

Pour le calcul de la rente, chaque mois est considéré comme étant composé de 30 jours.

En cas de modification du taux d'incapacité permanente professionnelle reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur est modifiée à cette même date.

La reconnaissance de l'état d'invalidité, incapacité permanente professionnelle se fait sous réserve des dispositions du paragraphe « contrôles ».

Quelles sont les règles d'indemnisation ?

Début de 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.

La nécessaire antériorité du fait générateur :

Si vous êtes licencié, arrivé au terme de votre contrat de travail et que vous vous voyez attribuer par la Sécurité sociale une rente ou une pension, l'organisme assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale ait eu lieu **avant** la rupture de votre contrat de travail (licenciement, préavis effectué ou non, inclus, terme du contrat de travail).

Durée de l'indemnisation

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

Quelles sont les conditions et modalités du versement des rentes ?

Formulation de la demande de rente

La demande doit être adressée à l'organisme assureur dans un délai 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 :

- une demande de rente signée par le représentant qualifié de votre employeur ;
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale ;
- les bulletins de salaire des 12 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de prestations.

Versement des rentes

Les rentes vous sont versées à terme échu, trimestriellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Le service de la rente est suspendu tant que le justificatif n'est pas produit.

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes prend fin à dater, soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de votre pension d'invalidité ou de votre rente d'incapacité ;
- du jour de votre reprise de travail à temps complet ;
- du jour où votre taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33% ;
- de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale.

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Détermination des assiettes

Assiette des cotisations

Le salaire retenu est composé, dans la limite des tranches indiquées ci-après :

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

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations s'entend comme l'ensemble des éléments de rémunération (intégrant les majorations des heures supplémentaires, la prime d'ancienneté, le 13^{ème} mois...) soumis à cotisation de la Sécurité sociale au cours des douze derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

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

Néanmoins, ne sont pas intégrés dans le salaire servant au calcul des cotisations les éléments à périodicité plus longue que l'année (par exemple les sommes versées à la cessation du contrat de travail...).

Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement des cotisations (tant patronales que salariales) dès lors que vous êtes en arrêt de travail et qu'à ce titre, vous êtes bénéficiaire d'indemnités journalières, de pensions ou de rentes complémentaires servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'IPP, sous réserve que vous ne perceviez plus aucune rémunération.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise de votre travail à temps partiel ou complet, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par votre employeur.

Assiette des prestations

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence tranches A, B et C.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations s'entend comme l'ensemble des éléments de rémunération (intégrant les majorations des heures supplémentaires, la prime d'ancienneté, le 13^{ème} mois...) soumis à cotisations de la Sécurité sociale (limité à quatre fois le plafond Sécurité sociale) au cours des douze derniers mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

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

Néanmoins, ne sont pas intégrés dans le salaire servant au calcul des prestations les éléments à périodicité plus longue que l'année (par exemple les sommes versées à la cessation du contrat de travail...).

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

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue au 1^{er} alinéa, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Quelles sont les règles relatives aux prestations ?

Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes 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.

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

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.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations sont réglées par l'organisme assureur au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de vous les reverser après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à votre employeur de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

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 l'assuré justifie ou justifiait 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 son décès ou invalidité absolue et définitive.

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} juillet de chaque année **et est limité chaque année à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labelisés de de l'année précédente sous déduction, du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.**

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 incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} juillet de chaque année, à condition, lorsque le bénéficiaire est l'assuré,

qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

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

Le taux de revalorisation ainsi déterminé est **limité annuellement à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de l'actif général prévoyance des organismes assureurs co-labelisés de l'année précédente, sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente.**

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

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

Les arrrages de rentes 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

II – DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

et la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 40.2.

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

Versement des prestations

Les garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et sont calculées compte tenu des règles de ces régimes en vigueur à la date d'effet du sinistre.

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis, soit :

- directement à vous-même,
- directement aux bénéficiaires,
- par l'intermédiaire de votre employeur.

La transmission des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou à la charge des bénéficiaires.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous-même ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et acte 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 avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, lorsque vous êtes victime d'une atteinte à la personne, dans vos droits et actions ou ceux de vos ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux salariés affiliés au régime de base obligatoire de la Sécurité sociale français. **Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations en espèces de la Sécurité sociale et sont payées en France et en euros.**

Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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

Litiges médicaux

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

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

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

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

Réclamations et médiation

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

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

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](http://www.mutex.fr) : <https://www.mutex.fr/nous-contacter/>.

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

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

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

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

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, l'organisme assureur met à votre disposition et à celle des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec l'organisme assureur relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par vous-même ou le bénéficiaire des prestations dans les délais précités et quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la première manifestation écrite du mécontentement a été formulée : en priorité par internet : <https://www.mediation-assurance.org> ; ou par défaut à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

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

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

Fausse déclaration intentionnelle

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

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

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

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

Organisme de contrôle

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

Protection des données à caractère personnel

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

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégant. Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

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

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

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

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

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

Traitements nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les organismes : élaboration des statistiques et études actuarielles - recherches et développement - amélioration des produits, de la qualité des services et de la connaissance client - lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) - opérations de communication et de fidélisation - prospection d'un professionnel - gestion clientèle intra-groupe.

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

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

Les données personnelles sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes administratifs/professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives. Par ailleurs, des données personnelles, rigoureusement minimisées, sont communiquées à la Commission de la branche professionnelle en application de l'obligation légale de l'établissement d'un compte client.

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 fondent 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

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

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.

Traitement des prestations décès non réclamées

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

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

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

Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul et le montant de votre cotisation, peuvent être modifiés par voie d'avenant ou lettre avenant au contrat souscrit par votre employeur auprès de MUTEX. Votre employeur vous informe par écrit des modifications apportées à vos droits et obligations.

Quelles sont les exclusions et les déchéances ?

Exclusions concernant les garanties Décès et Invalidité Absolue Définitive

Sont exclus des garanties décès et Invalidité Absolue Définitive les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la désintégration de noyau atomique,
- d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant

d'une classification formellement déconseillée ou déconseillée sauf raisons impératives, publiée sur le site du ministère des affaires étrangères français.

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 déchu 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.

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

Sont exclus des garanties incapacité de travail et invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré.

Exclusions concernant le Décès Accidentel, l'Invalidité Absolue Définitive Accidentelle, l'Incapacité permanente par accident et les frais obsèques

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

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L.6400-1 du Code des Transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré,
- de luttes, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou 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,
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

sports à titre professionnel.

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

Suspensions des garanties

Suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération

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

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

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

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

Les garanties reprennent effet dès votre reprise du travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme gestionnaire en soit informé dans le mois suivant.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration de votre employeur.

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

Suspension de garantie pour non-paiement de la cotisation

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

Les décès intervenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à

midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Termes des garanties

Cessation des garanties

Les garanties définies à la présente notice d'information cessent au plus tard :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations telle que définie au paragraphe ci-avant ;
- à la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré ;
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée), sauf si vous pouvez prétendre au maintien des garanties en tant qu'ancien salarié indemnisé au titre du régime d'assurance chômage tel que prévu au paragraphe « portabilité des droits » ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Résiliation du contrat d'assurance

1 - Effet sur les garanties

Toutes vos 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.

En cas de résiliation du contrat, MUTEX vous proposera une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, 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.

2 - Effet sur les prestations

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 jusqu'à extinction des droits.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.

Maintien des garanties

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

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

- un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur,

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

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

Vos garanties de prévoyance sont maintenues pendant toute la période de suspension du 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 cas d'exonération.

Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation de votre contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle vous bénéficiez de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de survenance de votre décès ou invalidité absolue ou définitive, est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du contrat ou si vos droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce :

- au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat si vous êtes salarié,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits si vous êtes un ancien salarié.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies aux Dispositions Générales (cf. « Quelles sont les règles relatives aux prestations ? »). L'organisme assureur pourra vous proposer la poursuite

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

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 le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

1 - Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé), **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- justifiant auprès de l'organisme gestionnaire leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à couverture de prévoyance complémentaire ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

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

A - Date d'effet

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

B - Durée

Vous gardez le bénéfice de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

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

Il est précisé que la suspension du versement des

II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES Suite

allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

C - Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que vous n'apportez plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

D - Obligation de l'ancien salarié

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

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

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

3 - 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.

4 - Garanties et Prestations maintenues

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

• Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au

calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation de votre contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la cessation du contrat de travail.

• Montant des prestations

Afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de votre ancien employeur, légales ou conventionnelles, sont reconstituées** sur la base de ce que vous auriez perçu si vous étiez resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité.

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

5 - Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (notamment modification des garanties, 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 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 à l'article "Revalorisation des prestations en cours de service",
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

6 - Obligations de l'employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

III – DÉFINITIONS

Sauf avis médical différent en cas de contrôle tel que prévu à la présente notice et chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

Enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

1. D'une part :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- ou, être âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et :
 - s'ils poursuivent des études,
 - ou exercent une activité professionnelle leur procurant des revenus inférieurs à 55% du SMIC ;
 - ou, s'ils s'il ouvre droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du code de la Sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L.821-1 de ce code.

2. D'autre part :

- vivre sous le même toit que l'assuré ;
- ou, sont fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
- ou sont fiscalement à charge du conjoint concubin ou partenaire de PACS de l'assuré.

Conjoint

On entend par **CONJOINT**, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.

Concubin, PACSE

On entend par **CONCUBIN**, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (notamment quittance de loyer, facture EDF). Les concubins ne doivent être ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS.

On entend par **PARTENAIRE DE PACS**, la 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 et suivants du Code Civil). Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un PACS peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du PACS, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

Définition de l'Invalidité Absolue et Définitive

Par Invalidité Absolue et Définitive, il faut entendre l'invalidité de 3ème catégorie définie à l'article L.341-4 3° 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 prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une 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 80%, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne ».

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 accidents, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

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

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'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale, comme suit :

- 1^{ère} Catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} Catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} 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.

ANNEXE 1 PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

L'ensemble des pièces est détaillé dans la notice et par garantie.

MUTEX se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire	Incapacité - Incapacité permanente professionnelle	Décès	Obsèques
Demande de rente signée par le représentant qualifié de l'employeur	-	✓	-	-
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée	-	✓	-	-
Pièce justifiant du décès de l'assuré ex : acte de décès (éventuellement du conjoint, concubin ou partenaire de PACS ou d'un enfant à charge pour la garantie Obsèques)	-	-	✓	✓
Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,	-	-	✓	-
Justifications utiles de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires	-	-	✓	-
Justificatif de la qualité de conjoint, concubin ou partenaire de PACS ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants-droit	-	-	✓	✓
Pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge	-	-	-	✓
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de rente ou de capital	-	-	✓	-
Titre de pension d'invalidité de 3 ^{ème} 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 soit le lien conjugal soit le concubinage (déclaration sur l'honneur des concubins et de 2 témoins, certificat de concubinage obtenu en mairie, justificatifs de domicile commun) soit le PACS (copie du récépissé d'enregistrement du PACS, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois), soit la qualité d'enfant 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	-	-	✓	-
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale	-	✓	-	-

ANNEXE 1 Suite

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire	Incapacité - Incapacité permanente professionnelle	Décès	Obsèques
Copie des 12 derniers bulletins de salaire précédant le début de l'arrêt de travail	✓	✓	-	-
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié du souscripteur	✓	-	-	-
Décompte des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale	✓	-	-	-
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié du souscripteur	-	-	-	✓
Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement	-	-	-	✓
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de remboursement des frais d'obsèques	-	-	-	✓

ANNEXE 2 ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

Attestation de réception de la notice d'information à découper et à remettre à votre employeur

ATTESTATION DE RÉCEPTION RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e) _____

Reconnais avoir reçu la notice d'information « Edition janvier 2025 » relative au régime de prévoyance ouvert aux entreprises relevant de la CCN de la Plasturgie, souscrit par mon employeur, « _____ », au bénéfice du personnel salarié tel que défini aux conditions particulières.

À _____ le _____

Signature :



25120357

Assureurs 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