

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DU COMMERCE DE
DÉTAIL DE L'HABILLEMENT ET
DES ARTICLES TEXTILES
(BROCHURE JO N°3241/ IDCC 1483)

PRÉVOYANCE
COLLECTIVE
À ADHÉSION OBLIGATOIRE



NOTICE D'INFORMATION
à effet du 1^{er} janvier 2024

Employés

Retrouvez toutes les aides sociales et les actions de prévention prévues par le fonds de solidarité de la branche du commerce de détail indépendant de l'habillement et des articles textiles.

Sur le site : **Habillement prévention - Accueil** (habillementprevention.fr)

En flashant ce QR Code



PRÉAMBULE

Conformément à l'accord collectif de branche du 19 octobre 2021 relatif au régime de prévoyance collectif modifié en dernier lieu par l'avenant n°3 du 5 novembre 2024, votre entreprise a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de l'ensemble des salariés relevant de la catégorie de personnel Employés (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications auprès de Mutex, Société anonyme régie par le Code des assurances, qui gère les garanties rente éducation et rente temporaire substitutive de conjoint au nom et pour le compte de l'Ocirp, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.

Vous êtes affilié au contrat dès lors que vous appartenez à la catégorie au profit de laquelle le contrat a été souscrit, et que vous êtes sous contrat de travail, ou anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

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

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

La présente notice d'information 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.

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

TABLE DES MATIÈRES

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS	5	CHAPITRE VI - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE	18
II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6	Quel est l'objet de la garantie ?	18
CHAPITRE I - QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?	6	Qui sont les bénéficiaires des capitaux ?	18
Quand les garanties prennent-elles effet ?	6	Quels sont les montants des capitaux ?	19
Quand cessent-elles ?	6	Quelles sont les conditions de règlement des capitaux ?	19
Quand sont-elles suspendues ?	6	CHAPITRE VII - GARANTIE OBSÈQUES	19
Dans quels cas les garanties et les prestations sont-elles maintenues ?	6	Quels sont l'objet de la garantie et le montant de la prestation ?	19
CHAPITRE II - LES COTISATIONS	9	Qui sont les bénéficiaires des prestations ?	19
Quelle est l'assiette des cotisations ?	9	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	19
Dans quels cas y-a-t-il exonération du paiement des cotisations ?	9	CHAPITRE VIII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	19
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement de la cotisation ?	9	Quel est l'objet de la garantie ?	19
CHAPITRE III - LES PRESTATIONS	9	Quels sont les montants des prestations ?	20
Quelle est l'assiette des prestations ?	9	Quelles sont les conditions de règlement des rentes ?	20
Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ?	10	Quand cesse le versement des rentes ?	20
Comment les prestations sont-elles revalorisées ?	10	CHAPITRE IX - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	20
Quels sont les risques exclus et les causes de déchéance ?	12	Quel est l'objet de la garantie ?	20
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	12	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	20
Contrôles	12	Quel est le montant de la prestation ?	21
Litiges Médicaux	12	Quand cesse le versement des indemnités journalières complémentaires ?	21
Réclamations et médiation	12	Que se passe-t-il en cas de rechute ?	22
Organisme de contrôle	13	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	22
Protection des données à caractère personnel	14	CHAPITRE X - PERMANENTE PROFESSIONNELLE	22
Prescription	15	Quel est l'objet de la garantie ?	22
Subrogation	15	Quel est le montant des prestations ?	22
Traitement des prestations décès non réclamées	15	Quel est le point de départ de l'indemnisation ?	22
Territorialité	16	Quand cesse le versement des rentes ou pensions complémentaires ?	22
Fonds social	16	Quelles sont les conditions de règlement des prestations ?	23
III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE	17	ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	24
CHAPITRE V - DÉFINITIONS	17	ANNEXE 2 : MAINTIEN FACULTATIF DES GARANTIES DÉCÈS EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	25
Enfants à charge	17	ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION	27
Personnes à charge	17		
Conjoint	17		
Concubin	17		
Partenaire de Pacs	17		
Invalidité	17		
Invalidité absolue et définitive	17		
Incapacité Permanente Professionnelle égale ou supérieure à 33 %	18		
Franchise	18		

I. TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS

Le tableau synthétise les garanties pour lesquelles vous êtes assuré et définit les montants des prestations pour chaque garantie.

NATURE DES GARANTIES	MONTANTS DES PRESTATIONS
Capitaux Décès – Invalidité Absolue et Définitive (IAD)	En % du salaire brut de référence
Capital Décès	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds Annuels de la Sécurité sociale
Célibataire, veuf ou divorcé	40%
Marié, concubin ou partenaire de Pacs	100%
Majoration par enfant ou personne à charge	25%
<i>Pour les assurés à temps partiel, versement d'un capital ne pouvant être inférieur à 50% du salaire annuel brut réel perçu. Ce capital est calculé selon le salaire défini ci-dessus, reconstitué sur la base annuelle, prenant en compte la durée effective de travail, et non pas la base d'un temps plein.</i>	
Capital IAD	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds Annuels de la Sécurité sociale
Capital en cas d'invalidité 3^e catégorie ou taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100%	200%
Capital Double effet en cas de décès ou IAD simultané ou postérieur du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds Annuels de la Sécurité sociale
Marié, concubin ou partenaire de Pacs	100% du capital décès
Obsèques	
Pour le décès de l'assuré, à hauteur des frais d'obsèques	Dans la limite de 200% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès
Rente éducation par enfant à charge en cas de décès ou invalidité absolue et définitive	En % du salaire brut de référence (sans pouvoir être inférieur au SMIC en vigueur au jour du décès ou IAD)
Rente éducation	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
Jusqu'au 18^e anniversaire sans condition et jusqu'à la date du 26^e anniversaire de l'enfant sous conditions (de poursuite d'étude notamment)	20%
Allocation complémentaire d'orphelin	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
Jusqu'au 18^e anniversaire sans condition et jusqu'à la date du 26^e anniversaire de l'enfant sous conditions (de poursuite d'étude notamment)	20%
Rente temporaire de conjoint substitutive en l'absence d'enfant à charge	En % du salaire brut de référence (sans pouvoir être inférieur au SMIC en vigueur au jour du décès ou IAD) Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
Conjoint, concubin ou partenaire de Pacs	15% versée jusqu'à la liquidation totale de la pension de retraite de base du bénéficiaire avec un minimum de 5 ans
Incapacité temporaire	En % du salaire brut de référence
En complément relais du maintien de salaire conventionnel	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
Pour les assurés ayant une ancienneté supérieure ou égale à 12 mois.	80%
<i>Lorsque la durée de l'arrêt de travail pour maladie de la vie courante est supérieure à 2 mois consécutifs, la période d'arrêt de travail du 4^e au 7^e jour fera l'objet d'une indemnisation rétroactive.</i>	
A compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
Pour les assurés ayant une ancienneté inférieure à 12 mois	80%
<i>Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de prélèvement sociaux versées par la Sécurité sociale (restituées de manière théorique pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) et l'éventuel salaire net de charges sociales (temps partiel, ou maintien de salaire conventionnel reconstitué de manière théorique pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale). En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % du salaire net d'activité, conformément aux dispositions des conditions générales.</i>	
Invalidité – Incapacité permanente professionnelle	En % du salaire brut de référence (prestations versées par la Sécurité sociale non incluses)
Catégorie d'invalide / Taux d'IPP	Tranches 1 et 2 limitée à 4 Plafonds de la Sécurité sociale
1^{re} catégorie Sécurité sociale ou taux d'IPP compris entre 33% et 66%	12%
2^e catégorie Sécurité sociale ou taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 66%	20%
3^e catégorie Sécurité sociale ou taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100%	30%
<i>En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % du salaire net d'activité, conformément aux dispositions des conditions générales.</i>	

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I

QUELLE EST LA DURÉE DES GARANTIES ?

QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

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

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

Si vous avez été embauché ultérieurement, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche, sous réserve que la déclaration par votre employeur ait été réalisée dans le mois suivant votre prise de fonction. **Au-delà de ce délai, votre affiliation ne prend effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration effectuée par votre employeur.**

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

QUAND CESSENT-ELLES ?

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

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

QUAND SONT-ELLES SUSPENDUES ?

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

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- au versement d'une indemnisation complémentaire

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

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

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

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.

Si vous vous trouvez dans l'une des situations visées au premier paragraphe, vous pouvez à titre facultatif demander le maintien de toutes les garanties décès dans les conditions définies en annexe n° 2.

DANS QUELS CAS LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS SONT-ELLES MAINTENUES ?

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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

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

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

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

En cas de résiliation du contrat

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

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

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »).

Les organismes assureurs pourront vous proposer la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que vous en fassiez la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat

collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

Dans le cadre de la portabilité des droits

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

Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

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

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

Date d'effet

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

Durée

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

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Il est précisé que **la suspension du versement des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.**

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

Obligations de l'ancien salarié

Vous devez justifier auprès de l'organisme 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.

Financement du maintien des garanties

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Garanties et prestations maintenues

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

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

- Montant des prestations maintenues
Afin d'assurer le maintien des garanties lors du calcul des prestations dues au titre de la portabilité et de la franchise, **les obligations de maintien de salaire à la charge exclusive de votre ancien employeur, légales ou conventionnelles, sont reconstituées** sur la base de ce que vous auriez perçu si vous étiez resté en activité. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité. De même, si vous ne satisfaisiez pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue sera calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

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

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

Modifications contractuelles – Résiliation

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

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

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant au chapitre III (cf. « Comment les prestations sont-elles revalorisées ? »),
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Obligations de votre employeur

Votre employeur doit remplir les obligations suivantes :

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

CHAPITRE II LES COTISATIONS

QUELLE EST L'ASSIETTE DES COTISATIONS ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches 1 et 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

On entend par :

- tranche 1 (équivalent à l'ancienne tranche A) : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale (équivalent à l'ancienne tranche B) : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

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

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

DANS QUELS CAS Y-A-T-IL EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes en arrêt de travail et bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et que vous ne percevez plus aucune rémunération de votre employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION ?

A défaut de paiement des cotisations par votre employeur dans les quinze jours suivant l'échéance, une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée par Mutex à votre employeur. Dans cette lettre, Mutex informe votre employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

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

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

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

CHAPITRE III LES PRESTATIONS

QUELLE EST L'ASSIETTE DES PRESTATIONS ?

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire fixées au tableau des garanties et prestations figurant au titre I de la présente notice.

Salaire de référence servant de base au calcul de la garantie décès-IAD

Le salaire de référence servant de base au calcul de la garantie décès-IAD correspond au total des rémunérations brutes tranches 1 et 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale perçues au cours de 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès ayant donné lieu à cotisations (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur une base annuelle.

Pour les assurés à temps partiel, le salaire de référence est reconstitué sur la base annuelle, prenant en compte la durée effective de travail, et non la base d'un temps plein.

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

Salaire de référence servant de base au calcul des garanties rente éducation et rente de conjoint substitutive

Le salaire de référence servant de base au calcul des garanties rente éducation et rente de conjoint substitutive est égal au total des rémunérations brutes perçues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou le décès (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois), dans la limite de la tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale incluse.

Pour les assurés à temps partiel, le salaire de référence est reconstitué sur la base annuelle prenant en compte la durée effective du travail, et n'est pas reconstitué sur la base d'un temps plein, sans pouvoir pour la rente éducation ou la rente temporaire de conjoint substitutive, être inférieur au SMIC annuel brut pour 151,67 heures de travail.

Lorsque l'assuré décédé ne bénéficie pas de 12 mois d'activité dans la branche, le salaire de référence pour le calcul de la rente éducation ou rente de conjoint substitutive est reconstitué sur une base annuelle sans pouvoir pour la rente éducation ou la rente de conjoint substitutive, être inférieure au SMIC annuel brut pour 151,67 heures de travail.

Salaire de référence servant de base au calcul des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle (IPP)

Le salaire de référence servant de base au calcul des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle (IPP) est égal à la moyenne mensuelle des rémunérations brutes, tranches 1 et 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale, perçues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (y compris les primes, les gratifications et le 13^e mois).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur une base annuelle.

Salaire de référence servant de base au calcul des prestations pour les assurés bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur

Lorsque vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (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 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.

Toutefois, lorsque vous bénéficiez ou avez bénéficié d'indemnités d'activité partielle (de droit commun ou de longue durée) versées par votre employeur au cours de

la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire que vous auriez perçu si vous n'aviez pas été mis en activité partielle, correspondant à la moyenne des rémunérations brutes soumises à cotisation au titre du contrat au cours des douze mois précédant la période de votre activité partielle.

Le principe de reconstitution du salaire de référence pour le calcul des prestations en cas d'activité partielle est mis en place pour une durée de deux ans, courant à compter de la prise d'effet l'avenant n° 2 à l'accord collectif du 19 octobre 2021 ; sa prolongation éventuelle devant faire l'objet d'un examen préalable par les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés.

QUEL EST LE MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ ?

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par votre employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, vous permettre de percevoir en net plus que votre salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si vous n'exercez plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini ci-après ;
- si vous exercez une activité à temps partiel, le salaire que vous auriez perçu si vous aviez repris votre activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire que vous percevez au titre de votre activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de votre temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

COMMENT LES PRESTATIONS SONT-ELLES REVALORISÉES ?

Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

décès, lorsque vous justifiez d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et que vous êtes indemnisé par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès ou invalidité absolue et définitive.

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

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} novembre de chaque année :

- à hauteur de 90 % du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année précédente sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente,
- ou si les résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats le permettent, en fonction d'un indice égal à la variation du Plafond annuel de la Sécurité sociale constatée entre la date d'application de la revalorisation de l'année précédente et celle de l'année en cours, en cas d'évolution du Plafond annuel de la Sécurité sociale, ou d'un indice d'un montant supérieur.

Cet indice est défini par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation en accord avec l'organisme assureur.

Cette clause s'applique à tout nouvel arrêt de travail et décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024.

Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation, de l'allocation complémentaire d'orphelin et de la rente temporaire de conjoint substitutive

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance de votre décès ou la constatation de votre invalidité absolue et définitive, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation, de l'allocation complémentaire d'orphelin et de la rente temporaire de conjoint substitutive est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations du salaire de référence de toutes les prestations (invalidité, incapacité permanente professionnelle, capitaux décès, rente éducation, allocation complémentaire d'orphelin et rente temporaire de conjoint substitutive) cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Revalorisation des prestations incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} novembre de chaque année, à condition que vous justifiez d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées :

- à hauteur de 90 % du taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance Mutex de l'année précédente sous déduction du taux d'intérêt technique réglementaire de l'année précédente,
- ou si les résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats le permettent, en fonction d'un indice égal à la variation du Plafond annuel de la Sécurité sociale constatée entre la date d'application de la revalorisation de l'année précédente et celle de l'année en cours, en cas d'évolution du Plafond annuel de la Sécurité sociale, ou d'un indice d'un montant supérieur.

Cet indice est défini par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation en accord avec l'organisme assureur.

Cette clause s'applique à tout nouvel arrêt de travail survenu à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les contrats dont la prise d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2024.

Revalorisation des rentes éducation, allocations complémentaires d'orphelin et des rentes temporaires de conjoint substitutives

En cours de vie du contrat, les rentes éducation, les allocations complémentaires d'orphelin et les rentes temporaires de conjoint substitutives sont revalorisées annuellement selon l'indice fixé par le Conseil d'Administration de l'OCirp.

Par principe, en cas de résiliation du contrat, les revalorisations de toutes les prestations (incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation, allocation complémentaire d'orphelin et rente temporaire de conjoint substitutive) cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations périodiques en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

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

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

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

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

QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ET LES CAUSES DE DÉCHÉANCE ?

Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que vous y prenez une part active,
- de la désintégration du noyau atomique.

Déchéance de garantie

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

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

- en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,

- en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de votre demande d'indemnisation.

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

CHAPITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CONTRÔLES

L'organisme assureur peut à tout moment :

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

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

LITIGES MÉDICAUX

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

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

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

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

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

Pour toute réclamation liée à l'exécution du contrat, vous pouvez vous adresser, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires des prestations :

- à Mutex pour les garanties rente éducation et rente temporaire de conjoint substitutive, via l'un des canaux réservés ci-dessous,

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

- **en priorité aux services de gestion de l'organisme gestionnaire pour les autres garanties, ou à Mutex via l'un des canaux réservés ci-dessous.**

La réclamation auprès de Mutex peut être adressée :

- **soit 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 ;**
- **soit via le formulaire de contact [mutex.fr](https://www.mutex.fr/nous-contacter/) : <https://www.mutex.fr/nous-contacter/>.**

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

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

En tout état de cause, Mutex 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 Mutex sont accessibles sur le site : www.mutex.fr.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, la réclamation peut être adressée, selon le type de garanties aux Médiateurs des organismes définis ci-après.

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

Pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive, double effet, obsèques, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle assurées par Mutex

Mutex met à votre disposition et à celle des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec Mutex 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.

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.

Pour les garanties rente éducation et rente temporaire de conjoint substitutive assurées par l'Ocirp

Vous pouvez vous adresser, ainsi que votre employeur et les bénéficiaires de prestations, au Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) en cas de litige portant sur le contrat. Cette faculté est limitée à deux saisines par an.

Le Médiateur de la protection sociale ne traite pas des décisions relatives à l'action sociale et ne peut en aucun cas avoir pour objet le contrôle des résiliations, des décisions d'augmentation des cotisations ni les procédures de recouvrement des cotisations.

La proposition de solution rendue par le Médiateur de la protection sociale ne lie pas les parties. Cette proposition, écrite et motivée, sera transmise aux parties dans un délai de 90 jours dès réception du dossier complet.

Toute proposition de solution est rendue en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

Le recours au Médiateur de la protection sociale est gratuit et sa saisine se fait soit par courrier recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante : Le Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris, soit en ligne à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

L'avis du Médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le Médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de Médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

ORGANISME DE CONTRÔLE

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

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. Il est rappelé que Mutex gère les garanties les garanties rente éducation et rente temporaire substitutive de conjoint au nom et pour le compte de l'OCIRP, organisme assureur et responsable de traitement pour les garanties précitées. Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

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

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

Traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle ces organismes sont soumis : l'identification et la connaissance client afin de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés et l'exercice du devoir de conseil – la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme – le prélèvement à la source – la détection et l'identification des contrats en déshérence – la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés – le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption – la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques – répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

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

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

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

senté 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.

PRESCRIPTION

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

couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont vos ayants droit.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou votre ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

SUBROGATION

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

TRAITEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS NON RÉCLAMÉES

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

Toutefois les sommes dues en raison de votre décès qui n'ont fait l'objet d'aucune demande de paiement pendant

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES suite

un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur, sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions prévues aux articles L. 132-27-2 et R. 132-5-5 du Code des assurances. Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'organisme assureur envers le ou les bénéficiaires des prestations.

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

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

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

FONDS SOCIAL

Dès lors que vous êtes affilié au régime de prévoyance conventionnel, vous pouvez bénéficier d'un fonds social ayant pour objet :

- de vous venir en aide en cas de très grande difficulté liée à votre état de santé, en vous attribuant des secours,
- et de favoriser des actions de prévention à destination des bénéficiaires du régime, et ce dans la limite de ses ressources annuelles.

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE

CHAPITRE V DÉFINITIONS

ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, vos enfants, ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié à un Pacs qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge :

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

PERSONNES À CHARGE

Sont considérées comme personnes à charge les personnes vivant sous votre toit titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention

« invalidité » prévues à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

CONJOINT

On entend par conjoint, votre époux (ou épouse) non séparé(e) de corps judiciairement et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

CONCUBIN

Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec vous dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil.

PARTENAIRE DE PACS

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

INVALIDITÉ

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

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

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

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

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

Est assimilée à l'invalidité absolue définitive :

- l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 3^e du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale,
- l'incapacité permanente, définie à l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal à 100 %.

INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 33 %

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

FRANCHISE

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

CHAPITRE VI GARANTIE CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

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

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

Capital double effet

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive simultanée ou postérieure de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, d'un capital au profit des enfants à charge, réparti à parts égales entre eux.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive postérieure, les enfants qui étaient à votre charge à la date de votre décès ou invali-

dité absolue et définitive, et qui sont à la charge de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, au moment de son décès ou invalidité absolue et définitive, sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies à la présente notice d'information.

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

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES CAPITAUX ?

Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

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

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

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

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

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

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

- à votre conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut à votre concubin ou partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- à défaut et par parts égales, à vos enfants, légitimes, reconnus ou adoptifs ;
- à défaut à vos petits enfants ;
- à défaut des descendants directs, à vos parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, à vos frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, le capital garanti revient à vos héritiers selon les règles de dévolution successorale légale.

Les notions de descendants, ascendants et héritiers ainsi que leur quote-part dans le capital décès sont appréciées en application des règles de dévolution successorale légale.

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

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 des majorations éventuelles du capital pour enfant ou personne à charge versée dans l'hypothèse de votre décès sont les enfants ou personnes à charge à parts égales entre elles.

Bénéficiaires du capital double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont vos enfants à charge à parts égales entre eux.

Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

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

QUELS SONT LES MONTANTS DES CAPITAUX ?

Les montants des capitaux sont définis au titre I de la présente notice d'information.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES CAPITAUX ?

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu au chapitre IV.

CHAPITRE VII GARANTIE OBSÈQUES

QUELS SONT L'OBJET DE LA GARANTIE ET LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès, à votre conjoint, à votre concubin permanent et notoire ou à votre partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ou à vos ayants droit, ayant réglé les frais d'obsèques, une allocation pour frais d'obsèques, à hauteur des dépenses supportées, dans la limite du montant fixé au tableau des garanties et des prestations figurant au titre I de la présente notice, au profit des bénéficiaires tels que définis ci-après.

Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat.

Le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles 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 DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

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

CHAPITRE VIII GARANTIE RENTE ÉDUCATION

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Rente éducation de base

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, dans l'hypothèse de votre décès ou invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux de 100 %, quelle qu'en soit la cause, d'une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge sans pour autant être inférieur au SMIC (en vigueur au jour de la date de l'événement ouvrant droit à prestations).

La qualité d'enfant à charge tel que défini au chapitre V s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des rentes éducation met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

Allocation complémentaire d'orphelin

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive ou d'IPP d'un taux de 100 % simultané ou postérieur du dernier parent survenu dans les douze mois suivant votre décès ou invalidité absolue et définitive ou IPP d'un taux de 100 %, ou lorsque vos enfants deviennent orphelins des deux parents au jour de votre décès, d'une allocation complémentaire annuelle à chaque enfant à charge.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des allocations met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

Rente temporaire substitutive de conjoint

Lorsque vous n'avez pas d'enfant à charge, il est versé à votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs, ayant cette qualité au jour de votre décès ou invalidité absolue et définitive ou IPP d'un taux de 100 %, une rente temporaire de conjoint, en lieu et place de la rente éducation, pour une période minimum de 5 ans.

Le versement par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % des rentes substitutives de conjoint met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

QUELS SONT LES MONTANTS DES PRESTATIONS ?

Les montants des prestations sont définis au titre I de la présente notice d'information.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES RENTES ?

Les rentes prennent effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou l'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 %.

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

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

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES ?

Rente éducation

Le service des rentes éducation (y compris l'allocation complémentaire d'orphelin) prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situations exigées lors de l'ouverture des droits,
- et en tout état de cause du jour du décès du bénéficiaire.

La rente continue à être servie sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment de votre décès ou invalidité absolue et définitive ou IPP d'un taux de 100 %, tel que défini au chapitre Définitions, est reconnue en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte

d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalide », le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Rente temporaire substitutive de conjoint

Le service des rentes prend fin :

- à l'issue d'une période de 5 ans minimum et ce jusqu'à la liquidation de la pension de retraite de base du bénéficiaire ou le bénéfice de l'allocation de solidarité des personnes âgées définies à l'article L. 815-1 du Code de la Sécurité sociale (toutefois, pour les bénéficiaires liquidant leur pension de retraite de base ou devenant bénéficiaires de l'allocation précitée au cours de la période minimum de versement d'une durée de cinq ans, la rente prendra fin au plus tard à l'issue de cette période) ;
- et en tout état de cause, au jour du décès du bénéficiaire.

CHAPITRE IX GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

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

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

Pour les assurés justifiant d'une ancienneté minimum de 12 mois dans l'entreprise au 1^{er} jour d'arrêt de travail :

Les indemnités journalières sont servies au plus tôt en complément et relais des obligations minimales de maintien de salaire mises à la charge de l'employeur au titre de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles.

Lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

rité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, le maintien de salaire qui aurait été versé par votre employeur est reconstitué sur la base de ce que vous auriez perçu au titre du maintien de salaire si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Pour les assurés ne justifiant pas d'une ancienneté de 12 mois dans l'entreprise :

Les indemnités journalières sont servies à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu.

Cas particulier :

En cas d'arrêt de travail supérieur à 2 mois consécutifs d'un assuré ayant au moins une ancienneté de 12 mois dans l'entreprise au 1^{er} jour d'arrêt de travail, la période d'arrêt de travail du 4^e au 7^e jour fera l'objet d'une indemnisation rétroactive.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Conditions de prise en charge

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, il vous est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, d'un montant défini au tableau des garanties et prestations » de la présente notice.

Cette prestation s'entend y compris les prestations nettes de prélèvement sociaux versées par la Sécurité sociale et l'éventuel salaire net de charges sociales (temps partiel ou maintien de salaire conventionnel), au titre de cette incapacité.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire est versée en déduisant :

- les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale,
- et, si vous avez au moins 12 mois d'ancienneté au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, le maintien de salaire, reconstitué de manière théorique, que votre employeur aurait versé si vous remplissiez les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu au chapitre IV.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées au chapitre III (cf. « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? »).

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

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites (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.

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- au jour de la reprise du travail à temps complet ;
- au jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques ;
- à la liquidation de votre pension de retraite, servie par la Sécurité sociale, ou si vous vous trouvez en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur, de la date à laquelle cesse définitivement votre activité salariée ;
- à la date à laquelle vous percevez une rente d'invalidité de la Sécurité sociale étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;
- de la date à laquelle vous percevez une rente d'incapacité permanente 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 ;
- au plus tard, au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- et en tout état de cause, au jour de votre décès.

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RECHUTE ?

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

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

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

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

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

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical de votre médecin traitant et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

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

CHAPITRE X GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantie invalidité – incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de vous faire bénéficier, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de votre état

d'invalidité de 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie ou d'un taux d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, en application de l'article L. 341-4 ou L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale (ou le cas échéant par le médecin conseil de l'organisme assureur pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des prestations en espèces de la Sécurité sociale), au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante ou professionnelle, d'une prestation complémentaire, sous réserve du contrôle médical prévu à l'article « contrôle médical » de la notice d'information, à celle versée par la Sécurité sociale.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies ci-après (cf. « Modalités de gestion spécifiques aux assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant »), de vous indemniser.

QUEL EST LE MONTANT DES PRESTATIONS ?

Le montant de la prestation est défini au titre I de la présente notice d'information.

En tout état de cause, le total des prestations perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Quel est le montant maximum des prestations incapacité et invalidité ? » du Chapitre III.

QUEL EST LE POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION ?

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

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les pensions d'invalidité sont servies à compter de la date de survenance de l'événement déterminé par le médecin conseil de l'organisme assureur.

QUAND CESSE LE VERSEMENT DES RENTES OU PENSIONS COMPLÉMENTAIRES ?

Le service des rentes prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle ou à la date à laquelle

III. DISPOSITIONS RELATIVES À CHAQUE GARANTIE suite

le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité ;

- **du jour où cesse le classement de l'assuré en 1^{re}, 2^e, ou 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ;**
- **du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur à 33 % ;**
- **de la liquidation de votre pension de retraite servie par la Sécurité sociale ;**
- **et en tout état de cause, au jour de votre décès.**

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées ci-dessus, à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale que le taux d'incapacité permanente professionnelle est redevenu égal ou supérieur à 33 % ou que l'état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e, ou 3^e catégorie.

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

- **du jour où le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'invalidité,**
- **de la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale.**

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Modalités de règlement des prestations

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle vous pouvez prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les rentes ou pensions servies vous sont versées directement, mensuellement à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

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

Modalités de gestion spécifiques aux assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin conseil de l'organisme assureur, en accord avec votre médecin traitant et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions vous sont notifiées et elles s'imposent à vous si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire de votre médecin traitant, dans les conditions définies au chapitre IV (cf. « Litiges médicaux »).

Vous ne pouvez pas vous soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme assureur ; votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont vous devrez apporter la preuve).

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

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

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ IPP	DÉCÈS IAD	RENTE ÉDUCATION	RENTE DE CONJOINT	OBSÈQUES
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de votre employeur	●					
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●					
En cas de temps partiel thérapeutique, attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	●					
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●	●	
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle, signée par le représentant qualifié de votre employeur		●				
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		●				
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		●				
Demande de capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de votre employeur			●			
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●	●	●
Titre de pension d'invalidité de 3 ^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale			●	●	●	
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt			●	●	●	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			●	●	●	
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit			●	●	●	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●		●	
Copie de votre dernier avis d'imposition, et le cas échéant celui de votre concubin ou partenaire Pacs			●		●	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			●	●		●
Si personne handicapée à charge, copie de la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				●		
Justificatifs en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations			●	●	●	●
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage		●				
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			●	●	●	
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone,...)			●	●	●	●
S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le Pacs de moins de 3 mois			●	●	●	●
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié de votre employeur et tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement						●

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

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisée, vous pouvez demander à bénéficier, à titre facultatif, à compter de la date de suspension de votre contrat de travail, du maintien des garanties décès pendant toute la durée de la suspension de votre contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information sur ce maintien facultatif incombe à votre employeur.

CONDITION DE MISE EN ŒUVRE

Si vous souhaitez bénéficier de ce dispositif, vous devez compléter le bulletin de demande de maintien facultatif des garanties décès mis à disposition sur le site <https://ccn.mutex.fr/Habillement>, ou remis à votre demande par votre employeur. Il doit être ensuite remis à votre employeur qui devra le compléter et l'adresser à l'organisme gestionnaire.

Ce bulletin doit être communiqué à l'organisme gestionnaire au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail.

Au-delà de ce délai, vous ne pourrez plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le dispositif de maintien des garanties décès entre en application à compter de la date de suspension de votre contrat de travail.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de cessation de votre contrat de travail,
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat.

PRESTATIONS

Les garanties et prestations décès maintenues sont identiques à celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini à la notice d'information (cf. « Quelle est l'assiette des prestations ? » du chapitre III), et qui précède la date du début de suspension de votre contrat de travail.

COTISATIONS

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçus avant la date de début de suspension de votre contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles (part salariale et part patronale) doit être réglé par vous-même à l'organisme gestionnaire. **A défaut de paiement des cotisations, vous ne pouvez plus bénéficier du maintien facultatif des garanties décès.**

Vous pouvez choisir de régler les cotisations :

- par chèque pour la période correspondant à la durée de suspension de votre contrat de travail,
- ou par prélèvement SEPA, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'organisme gestionnaire vous adresse une lettre recommandée de mise en demeure.

Si le paiement n'intervient pas, votre affiliation cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure jusqu'au terme de la suspension de votre contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de votre affiliation restent à payer. L'organisme gestionnaire a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ANNEXE 3

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

IMPORTANT

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information « Prévoyance collective à adhésion obligatoire - Convention collective Nationale du Commerce de détail et de l'habillement et des articles textiles - Notice d'information à effet du 1^{er} janvier 2024 » au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant de la catégorie de personnel Employés (catégories 1 à 8) tels que définis au II de l'accord du 12 octobre 2006 relatif aux classifications.

A le

Signature :





2402986

Assureurs des garanties de prévoyance :

Mutex :

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon

OCIRP :

(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris

