Notice d'information

2013

Régime de prévoyance

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES GROUPEMENTS MUTUALISTES GESTIONNAIRES ADHÉRENTS DE L'UNEMH OU DU GHMF POUR LEURS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS MUTUALISTES

MUTEX
L'HUMAIN FAIT LA FORCE

malakoff médéric

Chorum

Sommaire

CHAPITRE I PRÉSENTATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE 4
Préambule 5
Modalités d'affiliation 5
Information 5

CHAPITRE II VOS GARANTIES ET PRESTATIONS 7
Décès - Invalidité absolue et définitive (IAD) 8
Rente éducation 10
Rente de conjoint 11
Incapacité temporaire totale (ITT) 12
Invalidité - Incapacité permanente professionnelle (IPP) 14

CHAPITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES 17
Suspension des garanties 18
Terme des garanties 18
Maintien des garanties 19
Salaires de référence 20
Règles relatives aux prestations 20
Exclusions 21
Plafonds de garanties (valeur 2013) 22
Dispositions diverses 23
Définitions 24
Généralités 26

ANNEXE : Tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations 27

CHAPITRE I

Présentation du régime de prévoyance

PRÉAMBULE

Par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant ainsi que de son annexe « contrat type de garanties collectives » et de ses avenants, l'Union Nationale des Établissements Mutualistes d'Hospitalisation (UNEMH) et le Groupement Hospitalier de la Mutualité Française (GHMF) ont défini le régime de prévoyance proposé aux groupements mutualistes gestionnaires, adhérents de l'UNEMH ou du GHMF, gérant des établissements mutualistes sanitaires et médico-sociaux et relevant de la Convention Collective Nationale de 1951 au bénéfice de leurs salariés.

Le régime est ouvert à l'ensemble des groupements mutualistes gestionnaires adhérents de l'UNEMH ou du GHMF, y compris les professionnels de santé liés par un contrat de travail et exerçant entre autres des activités médicales ou dentaires, appartenant aux catégories cadres et non cadres des établissements hospitaliers et médico-sociaux qu'ils gèrent.

Afin d'assurer la gestion et le pilotage du régime de prévoyance prévu au bénéfice des catégories précitées, les réseaux UNEMH et GHMF ont désigné lors de la mise en place de l'accord cadre suscité, les co-assureurs ci-après, soit l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF) et Malakoff Médéric Prévoyance pour assurer et gérer le régime. Un avenant n° 5 à l'accord cadre suscité et de son annexe « contrat type de garanties collectives » désigne un nouvel assureur, en tant que co-désigné avec Malakoff Médéric Prévoyance, soit Mutex qui se substitue à l'UNPMF à compter du 1er janvier 2013.

Un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, auprès des organismes coassureurs désignés ci-dessus formalise la mise en œuvre de ce régime.

MODALITÉS D'AFFILIATION

Sont immédiatement admis dans l'assurance les salariés sous contrat de travail à la date d'effet du contrat souscrit par leur employeur, sous réserve qu'ils appartiennent aux catégories cadres et non cadres définies par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant.

Pour les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat souscrit par leur employeur, leur affiliation prend effet à la date de leur embauche. Ils doivent être déclarés aux organismes assureurs dans les trois mois suivant leur prise effective de fonction.

L'ensemble de ces salariés, qu'ils soient ou non en arrêt de travail à la date de prise d'effet du contrat souscrit par leur employeur bénéficient ainsi des garanties et prestations détaillées dans la présente notice. Toutefois, les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet du contrat souscrit par leur employeur doivent avoir été déclarés aux organismes assureurs par ce dernier qui doit en outre avoir accepté les modalités de prise en charge financières proposées par les organismes assureurs.

Il est par ailleurs précisé que si des salariés en arrêt de travail bénéficiaient, antérieurement à la date de prise d'effet du contrat, de garanties décès, incapacité temporaire de travail ou invalidité / incapacité permanente au titre d'un précédent contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire souscrit par leur employeur, les prestations accordées le sont sous déduction de celles qui sont dues par le précédent organisme assureur.

INFORMATION

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur dès lors que vous appartenez à la catégorie au bénéfice de laquelle est souscrit le contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire, et que vous êtes dûment affilié.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs.

Cette notice vous permet de connaître les garanties et prestations définies au contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

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

En cas de révision de l'Accord Cadre du 27 novembre 2008 et de son annexe « contrat type de garanties collectives, ou en cas d'évolutions réglementaires ou législatives entraînant une modification des engagements prévus dans le cadre du présent dispositif, il pourra être procédé à sa révision et /ou à celle des taux de cotisation correspondants. Toutefois, jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant des nouveaux engagements, les prestations demeureront calculées sur la base des présentes dispositions.

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.

CHAPITRE II

Vos garanties et prestations

QUELLE EST LA DATE D'EFFET DE VOS GARANTIES ?

Vos garanties entrent en vigueur :
- soit à la date de prise d'effet du contrat souscrit par votre employeur si vous appartenez à l'une des catégories définies par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant ;
- soit à compter de votre date d'entrée chez votre employeur lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet du contrat souscrit par ce dernier, et que vous appartenez à l'une des catégories définies par l'accord cadre du 27 novembre 2008 et de ses avenants s'y rapportant.

I. Décès - Invalidité absolue et définitive (IAD)

I. DÉCÈS / IAD TOUTES CAUSES

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantir le versement d'une prestation lorsque survient votre décès ou la reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive quelle qu'en soit la cause.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Dans le cas de votre décès toutes causes, il est versé au profit du (ou des) bénéficiaire(s) tels que définis au paragraphe « Quels sont les bénéficiaires des prestations ? », un capital fixé comme suit :

Capital de base
- **175 % du salaire de référence tranche A tel que défini à la présente notice.**
- **300 % du salaire de référence tranche B tel que défini à la présente notice.**

Majoration par enfant à charge
- **30 % du salaire de référence tranche A et tranche B tel que défini à la présente notice.**

Dès lors que vous êtes reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité de troisième catégorie ou par assimilation dès lors que vous êtes atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, le capital décès toutes causes peut être versé par anticipation à votre demande.
Vous disposez d'un délai de deux ans à compter de la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive ou de l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % pour effectuer votre demande de paiement par anticipation du capital décès toutes causes auprès des organismes assureurs.

Ce versement anticipé met fin à votre garantie capital décès toutes causes.

Votre situation de famille est appréciée à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

II. GARANTIE « DOUBLE EFFET » OU CAPITAL ORPHELIN

Lorsque le décès de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de Pacs, intervient simultanément ou postérieurement à votre décès ou à la reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, et au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement, il est versé aux enfants encore à charge tels que définis à la présente notice un capital dont le montant est le suivant :
- **100 % du capital de base versé en cas de décès toutes causes.**

Ce capital est réparti par parts égales entre les enfants restant à charge à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Le versement anticipé du capital « Double effet » en cas de décès de votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs faisant suite à votre invalidité absolue et définitive ou à votre incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, met fin à la garantie « Double effet » dans le cas de votre décès.

III. CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE POUR ACCIDENT

Dans le cas de votre décès d'origine accidentelle, il est versé un capital supplémentaire dont le montant est le suivant :
- **50 % du capital de base versé en cas de décès toutes causes.**

Dès lors que vous êtes reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité de troisième catégorie ou par assimilation dès lors que vous êtes atteint d'une incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, le capital décès supplémentaire pour accident peut être versé par anticipation à votre demande.

Vous disposez d'un délai de deux ans à compter de la date de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'invalidité absolue et définitive faisant suite à un accident ou, en cas d'incapacité permanente professionnelle d'origine accidentelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % pour effectuer votre demande de paiement par anticipation du capital décès toutes causes auprès des organismes assureurs.

Le versement par anticipation du capital décès accidentel au titre de l'invalidité absolue et définitive accidentelle ou de l'incapacité permanente professionnelle accidentelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % met fin à la garantie capital décès par accident.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS ?

Les bénéficiaires des capitaux dus dans l'hypothèse de votre décès sont la ou (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part :
- soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaires du capital en cas de décès mis à votre disposition, au moment de l'affiliation ou ultérieurement,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé ; et dans ce cas, il vous appartient d'en informer les organismes assureurs.

Vous pouvez modifier votre désignation à tout moment à condition que votre (ou vos) bénéficiaire(s) n'ait (n'aient) pas accepté le bénéfice de l'assurance. En effet, la désignation du (ou des) bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par ce (ou ces) dernier(s), si elle est effectuée dans les conditions suivantes :
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable ;
- soit par un écrit signé conjointement de vous-même, du bénéficiaire désigné et de l'organisme assureur.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, vous ne pourrez plus modifier la désignation effectuée sans son accord.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, 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 notoire ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut et par parts égales à vos enfants vivants ou représentés ;
- à défaut, à vos petits enfants par parts égales ;
- à défaut de descendants directs, à vos parents survivants par parts égales ;
- à défaut de ceux-ci, à vos grands-parents survivants par parts égales ;
- à défaut, et par parts égales, à vos frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, à vos héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

En cas de pluralité de bénéficiaires 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 cas de reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive toutes causes ou par accident ou, par assimilation, d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, vous êtes le bénéficiaire du capital de base.

En tout état de cause, qu'il existe ou non une désignation expresse, le ou les bénéficiaires du capital pour orphelin(s) ainsi que des capitaux correspondant à la majoration de la prestation pour enfants à charge versés en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, sont les enfants à charge par parts égales entre eux.

Ces capitaux sont versés directement aux enfants à charge s'ils sont majeurs ou, s'ils sont mineurs non émancipés, pour leur compte à la personne qui, au moment du versement du capital, assume leur charge effective et permanente. Si le bénéficiaire est majeur protégé, le capital est servi pour son compte à son représentant légal.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées en annexe « tableau récapitulatif des pièces à fournir », et sous réserve, le cas échéant

pour l'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale, du contrôle médical prévu à la présente notice d'information.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

II. Rente éducation

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

Dans le cas de votre décès, quelle qu'en soit la cause, ou de la reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % reconnu par la Sécurité sociale, il est versé à chaque enfant à charge, tel que défini au paragraphe « Définitions » du chapitre III, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :
• 9 % du salaire de référence Tranches A et B tel que défini à la présente notice.

Votre décès consécutif à la reconnaissance de votre état d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'Incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

En tout état de cause, le versement de la rente éducation ayant débuté à la date de la reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 % se poursuit dans le cas de votre décès.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge tels que définis à la présente notice.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT

La déclaration de votre décès ou la reconnaissance de votre état d'IAD ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % et le dépôt du dossier auprès des organismes assureurs doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'événement.

Elles sont versées par quart trimestriellement et à terme d'avance sur production des pièces et justificatifs prévus à l'annexe « Tableau des pièces à fournir », et sont calculées à compter du 1er jour du mois civil qui suit la date de votre décès ou de la reconnaissance de votre état d'IAD ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 %.

Si l'enfant est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant de l'assuré.

Si l'enfant est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée sur sa demande.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

Le service des rentes cesse :
• au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge au sens de la présente notice,
• et en tout état de cause, au premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

La rente est toutefois versée sans limitation de durée, pour les enfants à charge atteints avant leur 26e anniversaire d'une incapacité permanente et qui, à la date de votre décès, de la reconnaissance de votre état d'IAD ou de votre incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, perçoivent à ce titre l'allocation pour adulte handicapé et sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

III. Rente de conjoint

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

Rente viagère : dans le cas de votre décès quelle qu'en soit la cause, il est versé à votre conjoint survivant non divorcé et non séparé de corps judiciairement, à défaut à votre partenaire de Pacs ou à défaut à votre concubin notoire, tels que définis à la présente au paragraphe « Définitions » du chapitre III, une rente dont le montant annuel est égal à :

• (65 – X) x 0,20 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à la présente notice

X = âge de l'assuré au jour du décès

Rente temporaire : dans le cas de votre décès quelle qu'en soit la cause, il est versé à votre conjoint survivant non divorcé et non séparé de corps judiciairement, tel que défini à la présente notice, une rente dont le montant annuel est égal à :

• (X – 25) x 0,20 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à la présente notice

X = âge de l'assuré au jour du décès

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

Au titre de la rente viagère

Le bénéficiaire est votre conjoint survivant non divorcé et non séparé de corps judiciairement ou à défaut votre concubin ou à défaut votre partenaire lié par un Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès).

Au titre de la rente temporaire

Le bénéficiaire est le conjoint survivant de moins de 55 ans de l'assuré non divorcé et non séparé de corps judiciairement, qui ne réunit pas les conditions requises pour bénéficier des pensions de réversion du (ou des) régimes de retraite complémentaire(s) (Arrco, Agirc) au moment du décès de l'assuré ;

Il doit notamment remplir l'une des conditions suivantes :

- ne pas être invalide au sens de l'article L. 341.1 du Code de la Sécurité sociale ;
- ne pas avoir à sa charge effective et permanente au moins deux enfants âgés de moins de 21 ans ou deux enfants dont l'un (sans condition d'âge) est invalide au sens de l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT

Elle est versée par quart trimestriellement et à terme d'avance sur production des pièces et justificatifs à fournir, et est calculée à compter du 1er jour du mois civil qui suit votre décès.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

Le bénéficiaire de rentes de conjoint est tenu de notifier dans un délai d'un mois aux organismes assureurs tout changement intervenant dans sa situation familiale. Il doit répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

Le service de la rente viagère cesse :

- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

Le service de la rente temporaire cesse :

- à dater du jour où le bénéficiaire ne remplit plus les conditions visées au paragraphe ci-dessus « Quels sont les bénéficiaires de la prestation ? », et en tout état de cause au dernier jour du trimestre civil au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

IV. Incapacité temporaire totale (ITT)

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dans le cas où vous êtes en arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non, indemnisé ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale), les organismes assureurs versent des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après.

Toutefois, 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, les organismes assureurs versent des indemnités journalières en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Ainsi, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si vous aviez satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise de 60 jours d'arrêt de travail continus ou discontinus.

APPRÉCIATION DU DÉLAI DE FRANCHISE

Pour les salariés satisfaisant aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale :
La franchise discontinue est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale et non indemnisés par les organismes complémentaires au cours des 12 derniers mois consécutifs précédant la date de l'arrêt de travail en cause.

Dès lors que la franchise est atteinte, l'arrêt de travail, entrant dans le cadre du crédit d'indemnisation défini ci-dessus, donnera lieu à prestation par les organismes assureurs dès indemnisation par la Sécurité sociale de l'arrêt de travail.

Pour les salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale :
La franchise discontinue est appréciée au 1er jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours, non indemnisés par les organismes assureurs, d'arrêt de travail prescrit médicalement et reconnu par le médecin conseil des organismes assureurs au cours des 12 derniers mois consécutifs précédant la date de l'arrêt de travail en cause. La franchise que la Sécurité sociale aurait appliquée si ces personnes avaient satisfait aux conditions d'ouverture des droits à prestations en espèces de la Sécurité sociale est reconstituée de façon théorique pour chaque arrêt et non comptabilisée dans le décompte des jours d'arrêt de travail retenus pour la détermination de la franchise discontinue.

Dès lors que la franchise est atteinte, l'arrêt de travail, entrant dans le cadre du crédit d'indemnisation défini ci-dessus, donnera lieu à prestation par les organismes assureurs dès indemnisation par la Sécurité sociale reconstituée théoriquement de l'arrêt de travail reconnu par le médecin conseil des organismes assureurs.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

• 80 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à la présente notice y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale et y compris tout salaire ou complément de salaire brut.

Si vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, cette prestation s'entend sous déduction des prestations de la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique et de tout autre salaire ou complément de salaires bruts.

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 (dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail et dans les deux jours suivant la prescription de prolongation), les organismes assureurs versent les prestations complémentaires dues en tenant compte des prestations de la Sécurité sociale non réduites.

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si vous continuez à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle du principe indemnitaire défini ci-dessous.

Vous devez sans délai informer les organismes assureurs de votre reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, vous devez rembourser les prestations qui vous ont été indûment versées.

En aucun cas, le cumul des prestations versées par la Sécurité sociale, les organismes assureurs ou tout autre organisme ainsi que notamment les salaires ou revenus de remplacement ne peuvent vous conduire à percevoir plus de 100 % de votre dernier salaire net à payer d'activité, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini à la présente notice.

En cas de dépassement, la prestation servie par les organismes assureurs sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra vous être réclamé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Toutefois, si vous êtes en temps partiel thérapeutique et en cours d'indemnisation au titre du présent régime, l'application de ce principe indemnitaire ne saurait conduire, en cas d'augmentation de votre rémunération, à une diminution des prestations versées (étant précisé que le salaire de référence servant de base au calcul des prestations n'est pas modifié et que les prestations continuent à être revalorisées selon les conditions prévues au chapitre III « Dispositions générales »).

CAS DE RECHUTE

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent. La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.
Par ailleurs, chaque fois que vous serez atteint d'une maladie longue et coûteuse au sens des articles L. 322-3 et D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, il ne sera pas tenu compte de la durée de la reprise du travail pour considérer qu'il s'agit toujours d'une même affection et pour continuer le versement des indemnités journalières sans application du délai de franchise.
Vous devez fournir aux organismes assureurs toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions. Si vous refusez de fournir les informations, les organismes assureurs peuvent suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée :
- **au jour de votre reprise du travail à temps complet ;**
- **au jour de votre reprise du travail à temps partiel, sauf ci celle-ci est autorisée pour des raisons thérapeutiques et que des prestations sont servies par la Sécurité sociale ;**
- **à la date de liquidation totale de votre pension de retraite servie par le régime général 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 de reconnaissance de votre état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;**
- **à la date à laquelle vous cessez de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale, ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître votre état d'incapacité temporaire ;**
- **au plus tard, au 1 095e jour d'arrêt de travail,**

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En l'absence de l'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin conseil des organismes assureurs. Les décisions des organismes assureurs vous sont notifiées et 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 dans les conditions définies au paragraphe « Litiges médicaux » du chapitre III.

Les prestations versées par les organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, et sont calculées compte tenu des règles du régime général de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

Les demandes d'indemnités journalières doivent être présentées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale) auprès des organismes assureurs.
Les indemnités journalières sont versées par les organismes assureurs, sur production des justificatifs visés à l'annexe « Tableau récapitulatif des pièces à fournir », directement à votre employeur, sauf en cas de rupture du contrat de travail où elles vous sont versées directement, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale (ou selon appréciation du médecin conseil des organismes assureurs).
A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.
Les organismes assureurs sont habilités à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

V. Invalidité - Incapacité permanente professionnelle (IPP)

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou, le cas échéant, par le médecin conseil des organismes assureurs pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) de votre état d'Invalidité telle que définie à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ou de votre état d'Incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 % en application de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale, les organismes assureurs versent une rente complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Toutefois, 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, les organismes assureurs peuvent accepter, après décision médicale, de vous indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale, selon les modalités définies au paragraphe « Règles relatives aux prestations » du chapitre III.

Ainsi, la prestation complémentaire est versée en déduisant les prestations, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant de la prestation, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS servies par la Sécurité sociale reconstituées de manière théorique pour les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, est défini comme suit :

1. En cas d'invalidité 1re catégorie Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % :
• 50 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à la présente notice.

2. En cas d'invalidité 2e ou 3e catégorie Sécurité sociale ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 % :
• 80 % du salaire de référence tranches A et B tel que défini à la présente notice.

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs, la rente versée par les organismes assureurs est modifiée à partir de la même date.

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si vous continuez à bénéficier de la part de la Sécurité sociale de rente d'invalidité ou d'incapacité permanente, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle du principe indemnitaire défini ci-dessous.

Vous devez sans délai informer les organismes assureurs de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, vous devez rembourser les prestations qui vous ont été indûment versées.

En aucun cas, le cumul des prestations versées par la Sécurité sociale, les organismes assureurs ou tout autre organisme ainsi que notamment tous les salaires ou les revenus de remplacement ne peuvent vous conduire à percevoir plus de 100 % de votre dernier salaire net à payer d'activité, revalorisé sur la base du taux de revalorisation défini à la présente notice.

En cas de dépassement, la prestation servie par les organismes assureurs sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra vous être réclamé les prestations ou fractions de prestations indûment versées.

Toutefois, si vous êtes en invalidité 1re catégorie et en cours d'indemnisation au titre du présent régime, l'application de ce principe indemnitaire ne saurait conduire, en cas d'augmentation de votre rémunération, à une diminution de vos prestations versées (étant précisé que le salaire de référence servant de base au calcul des prestations n'est pas modifié et que les prestations continuent à être revalorisées selon les conditions prévues au chapitre III « Dispositions générales »).

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée :
- **au jour auquel vous cessez de percevoir une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité sociale, ou à la date à laquelle le médecin conseil des organismes assureurs cesse de reconnaître votre état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;**
- **du jour où votre taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33 % ;**
- **du jour où cesse votre classement en 1re, 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale ;**
- **du jour de la reprise de votre travail à temps complet ;**
- **à la date d'effet de la liquidation de votre pension de retraite, servie par le régime général de la Sécurité sociale, à l'exception des assurés se trouvant en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;**
- **du jour de votre reprise du travail à temps partiel, sauf si celle-ci est autorisée pour des raisons thérapeutiques et que des prestations sont servies par la Sécurité sociale,**
- **au jour de votre décès.**

Le service des rentes est repris à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin conseil des organismes assureurs, que votre état d'incapacité permanente professionnelle est redevenue supérieure à 33 % ou que votre état d'invalidité génère à nouveau un classement en 1re, 2e, ou 3e catégorie et ce, dans les limites fixées aux points 4 à 7 ci-dessus.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale), auprès des organismes assureurs et sur production des justificatifs prévus.

Les modalités de prise en charge des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale sont définies au paragraphe « Règles relatives aux prestations » du chapitre III.

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

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

CHAPITRE III

Dispositions générales

Suspension des garanties

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit dans les cas suivants de suspension de votre contrat de travail :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- congé de soutien familial ;
- congé sans solde ;
- et tout autre congé considéré par la législation du travail en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail dès lors qu'ils ne donnent lieu à aucune indemnisation que ce soit sous la forme :
  - soit d'un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
  - soit d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers,
  - soit de revenus de remplacement à charge de votre employeur.

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

Les garanties reprennent effet dès votre reprise de travail au sein de l'effectif assuré sous réserve que les organismes assureurs en soient informés dans les trois mois suivant la date de reprise.
Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due et les arrêts de travail ou les décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation

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

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

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer votre employeur du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Terme des garanties

Cessation des garanties :

Sous réserve des dispositions prévues ci-après dans le paragraphe « Effets de la résiliation du contrat du maintien des garanties prévu ci-après, les garanties définies à la présente notice d'information cessent au plus tard :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non paiement des cotisations telle que définie au paragraphe ci-dessus ;
- 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 prévue par la législation en vigueur ;
- la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non) ;
- à la date de dénonciation du régime de prévoyance prévu dans l'accord cadre du 27 novembre 2008 et des avenants s'y rapportant et de son annexe « Contrat de garanties collectives »,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Effets de la résiliation du contrat

- Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat.
Toutefois, les garanties en cas de décès sont maintenues pour les salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité au titre 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 ou du non renouvellement du contrat.

- Effets sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat, continuent d'être versées au niveau atteint jusqu'à extinction des droits.
La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation.

Maintien des garanties

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

Les garanties définies à la présente notice sont maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à indemnisation que ce soit sous la forme :
- soit d'un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur ;
- soit d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers ;
- soit de revenus de remplacement à charge de votre employeur.

Pendant cette période, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être calculées et versées selon les modalités en vigueur à la date de chaque échéance, sauf en cas d'exonération du paiement de cotisation.

Maintien des garanties à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Le maintien des garanties du présent régime vous est proposé, à titre facultatif, lorsque votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation (que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par votre employeur, sous la forme de versement d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires versées directement par votre employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou sous la forme d'un revenu de remplacement à la charge de votre employeur) en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, moyennant le paiement de l'intégralité des cotisations correspondantes (part salariale et part patronale), sous réserve des dispositions afférentes à l'exonération.

Dans ce cas précis, vous devez formuler votre demande par écrit auprès de l'organisme gestionnaire avant la date de prise d'effet de la suspension de votre contrat de travail. **Au-delà de cette date, vous ne pourrez plus bénéficier de ce maintien de garanties.**

Durant cette période, les montants de cotisations seront acquittés sur les mêmes bases que celles des salariés en activité (y compris part patronale).
Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal au salaire tel que défini au paragraphe « I- Salaires de référence » des dispositions générales de la présente notice, et précédant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations limité aux tranches A et B telles que définies au paragraphe « I- Salaires de référence » des dispositions générales de la présente notice, est égal à la moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12e des rémunérations variables brutes régulièrement versées au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année.

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de votre employeur (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail…), vous êtes radié de la garantie dès la date d'effet de la démission, du licenciement (préavis éventuel effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.
Toutefois, si vous êtes en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité et que vous bénéficiez à ce titre de prestations au titre du contrat ou que vos droits à prestations sont nés antérieurement à la date de rupture de votre contrat de travail, vous restez garanti pendant toute la durée de votre indemnisation et ce, dans les conditions contractuelles en vigueur au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Maintien des garanties à titre individuel en cas de résiliation ou non renouvellement du contrat

En cas de résiliation du contrat, les organismes assureurs pourront vous proposer une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sous réserve que vous en fassiez la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par les organismes assureurs, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

Salaires de référence

Salaire servant de base au calcul des cotisations
Est soumis à cotisations le salaire brut total y compris les rémunérations variables perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite…).

Le salaire retenu se décompose comme suit :
- la tranche A des rémunérations perçues :
  partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- la tranche B des rémunérations perçues :
  partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond.

Le salaire annuel brut est celui déclaré par votre employeur aux organismes sociaux.

Exonération du paiement des cotisations
Aucune cotisation n'est due au titre des assurés, qui à la date d'échéance de celle-ci, se trouvent en arrêt de travail pour maladie ou accident ou en congé de maternité pendant la durée du congé légal, dès lors que plus aucun salaire ne leur est versé.

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

Salaires servant de base au calcul des prestations
Au titre des garanties décès
Le salaire de référence est le salaire brut fixe effectivement versé par l'employeur à l'assuré au cours des 12 mois civils précédant la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations et ayant été soumis à cotisation.
Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues au cours de l'année civile d'assurance, et ayant donné lieu à cotisations, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite…).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à la durée prévue ci-dessus, le salaire de référence limité aux tranches A et B, soumis à cotisations et déclaré aux organismes sociaux, est annualisé.

Lorsque le décès, l'Invalidité absolue et définitive ou, par assimilation, l'Incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %, fait suite à une période d'arrêt de travail, le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale (ITT)
Le salaire de référence est le salaire brut à payer du mois précédent l'arrêt de travail qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.
Ce salaire comprend la moyenne des rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues et ayant été soumis à cotisation au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite…).

Au titre de la garantie Invalidité - Incapacité permanente et professionnelle
Le salaire de référence est le salaire brut à payer du mois précédent l'arrêt de travail qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.
Ce salaire comprend la moyenne des rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues et ayant été soumis à cotisation au cours des 12 mois précédents l'arrêt de travail, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite…).

Règles relatives aux prestations

Revalorisation des prestations
Revalorisation du salaire de référence servant de base de calcul des prestations
Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que celles liées à l'incapacité temporaire de travail, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat).

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite Arrco constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et le décès, l'IAD, l'IPP ou l'invalidité.

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite Arrco, au 1er janvier de chaque exercice, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

En cas de résiliation du contrat, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date et ne seront plus revalorisées par les organismes assureurs.

○ Versement des prestations

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'employeur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis visés à l'annexe « Tableau récapitulatif des pièces à fournir ».

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.
Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

A réception de l'intégralité des pièces justificatives et de tout renseignement complémentaire éventuel demandé par les organismes assureurs, les prestations sont servies dans un délai de 10 jours.

○ Modalités de gestion spécifiques aux personnes ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale

A défaut de décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre des garanties incapacité de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle suppose la production d'un certificat médical ainsi que l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'appréciation de l'état d'incapacité ou de l'éventuel classement en invalidité ou en incapacité permanente, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, est effectuée par le médecin conseil des organismes assureurs, en accord avec le médecin traitant du salarié et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions des organismes assureurs vous sont notifiées et 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 dans les conditions définies au paragraphe « Litiges médicaux » ci-après.

Vous ne pouvez vous soustraire au contrôle du médecin conseil des organismes assureurs ; votre droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure).

○ Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite par 2 ans (10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré) à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs en ont 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.**

Quand votre action ou celle de votre employeur contre les organismes assureurs 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 celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription.
Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par les organismes assureurs en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou l'ayant droit aux organismes assureurs, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Exclusions

○ Exclusions générales

Les organismes assureurs prennent en charge tous les risques sauf ceux résultant :
- **du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;**
- **directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères ;**

- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L. 310.1 du Code de l'aviation civile* et à la condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- de la participation à des tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin à moteur.

Exclusions propres aux garanties

• En ce qui concerne les garanties « Décès », « Rente éducation », et « Rente de conjoint » :

- ne sont pas pris en charge les décès résultant du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion dans l'assurance. Toutefois, la garantie décès définie au contrat est accordée aux personnes dont les suicide a lieu moins d'un an après leur affiliation au contrat dès lors que celle-ci fait immédiatement suite à une précédente affiliation à un régime de prévoyance collectif obligatoire mis en place au titre d'une convention collective nationale, d'un accord d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur et que l'assuré justifie ainsi, à la date du décès et avec le précédent contrat, d'une période d'affiliation continue de plus d'un an ;
- le bénéficiaire qui a été condamné judiciairement pour avoir donné volontairement et intentionnellement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

• Ne sont pas pris en charge les arrêts de travail, invalidités, incapacités permanentes, décès accidentels et invalidités absolues et définitives résultant :

- de luttes, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite fixée par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation ;
- de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Outre les exclusions mentionnées ci-dessus, les prestations liées au caractère accidentel du décès ou de l'invalidité absolue et définitive ne sont pas dues si le décès résulte de la pratique d'un sport non reconnu par les pouvoirs publics.
Pour la garantie « Double effet » (capital pour orphelin), le parent survivant se voit également appliquer les exclusions des risques, définies ci-dessus.

Plafonds de garanties (valeur 2013)

Plafonds de garanties par assuré

Les engagements des organismes assureurs, sur les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités à 5 000 000 euros par assuré, y compris les capitaux supplémentaires pour accident, accident du travail, double effet, capitaux constitutifs de rentes éducation ou de conjoint.

Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité et d'incapacité sont plafonnés à 2 530 000 euros par assuré.

Plafond par événement catastrophique**

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou de l'invalidité - incapacité permanente d'au moins quatre assurés dans les 12 mois de sa survenance, les engagements des organismes assureurs, pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés ou garantis au titre de cet événement, se limiteront à 41 000 000 euros.

** Article L. 310.1 du Code de l'aviation civile : « Le transport aérien consiste à acheminer par aéronef d'un point d'origine à un point de destination des passagers, des marchandises ou de la poste ».*

*** Un événement catastrophique est une cause unique d'une durée maximale de 72 heures entraînant au minimum 4 têtes sinistrées à l'occasion d'un même accident.*

Dispositions diverses

Contrôle médical
Les organismes assureurs peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par les organismes assureurs ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié après avis auprès du médecin conseil des organismes assureurs.

En tout état de cause les organismes assureurs s'engagent à informer votre employeur du contrôle et du résultat de ce contrôle.

Litiges médicaux
En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin tiers désigné d'un commun accord par le médecin conseil des organismes assureurs et votre médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin tiers qualifié en médecine d'assurance ou en évaluation de dommage corporel sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du domicile de l'assuré. La décision de ce médecin tiers est définitive pour les parties.

Les honoraires du médecin conseil restent à la charge des organismes assureurs ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à votre charge.

Fausse déclaration intentionnelle
Les déclarations effectuées servent de base des garanties et constituent de ce fait un élément essentiel lors de l'affiliation.

Elles peuvent à tout moment être vérifiées par les organismes assureurs.
La garantie qui vous est accordée par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque que vous avez omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation
Pour les garanties incapacité temporaire totale et invalidité - incapacité permanente professionnelle, celles-ci ayant un caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Territorialité
Les salariés exercent leur activité en France (y compris DOM-TOM). Les garanties souscrites produisent leur effet dans le monde entier :
pour la garantie incapacité de travail, lorsque l'arrêt de travail survient hors de France, les indemnités journalières ne sont versées qu'en cas d'hospitalisation et seulement pendant la durée de l'hospitalisation. Dans les autres cas, les indemnités journalières ne sont dues qu'à compter du retour en France.

L'invalidité doit être médicalement constatée en France.

Définitions

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

INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE

Invalidité
Par invalidité il faut entendre la réduction 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*.

Incapacité égale ou supérieure à 66 %
Est visée par le présent paragraphe l'incapacité permanente (en application de l'article L. 434-2 alinéa 1er du code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 % reconnu et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code).
L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2e catégorie ou de 3e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

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

Invalidité absolue et définitive (IAD)
Il faut entendre par invalidité absolue et définitive, l'invalidité 3e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale :
"Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie."
L'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour l'application des garanties décès et rentes éducation.

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

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

ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme tels, vos enfants de moins de 18 ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont vous pourvoyez aux besoins et dont vous assumez la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels vous versez une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont également concernés les enfants de moins de 26 ans :
- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur inscription à un régime de Sécurité sociale des étudiants (articles L. 381-3 et suivants du code de la Sécurité sociale)
- qui sont en apprentissage ou sous contrat de professionnalisation ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- qui sont classés en 3e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241-3 du code de l'Action sociale et des familles. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes, aucune limitation d'âge ne leur sont appliquées, dès lors qu'ils sont atteints avant leur 26e anniversaire d'une incapacité permanente, qu'ils perçoivent à ce titre l'allocation pour adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'Action sociale et des familles.

** Art. L. 341-4 du code de la Sécurité sociale. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :*
- 1re catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Par assimilation, sont considérés comme à charges, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

CONJOINT, CONCUBIN, PACSÉ

On entend par conjoint, votre époux ou épouse non divorcé et non séparé de corps judiciairement.

On entend par concubin notoire et permanent au sens de l'article 515-8 du Code civil, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans ou qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union.

On entend par Pacsé, la personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte civil de solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).
Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires.

Généralités

GESTION ET ASSURANCE DU RÉGIME

Le régime de prévoyance est :
- géré par la Mutuelle Chorum, Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le n° 784 621 419, Siège social : 56-60 rue Nationale 75013 Paris ;

- coassuré par :
• MUTEX – Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, 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 : 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon cedex
et
• Malakoff Médéric Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, jouissant de la personnalité civile dans les conditions prévues à l'article L. 931-1 du Code de la Sécurité sociale
et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale Siège social : 21, rue Lafitte 75009 Paris

RÉCLAMATION ET LITIGE

Pour toute réclamation ou litige, vous, vos ayants droit ou votre employeur pouvez, vous adresser à l'organisme gestionnaire, la Mutuelle Chorum.

Après son intervention, si la réclamation n'était pas réglée, vous, vos ayants droit ou votre employeur pouvez écrire à MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui ont été faites.

De plus, Mutex a mis en place une procédure de recours gracieux à travers son service de médiation.

Cette procédure est mise à votre disposition ou celle de vos ayants droit ou celle de votre employeur, si vous êtes confrontés à des situations litigieuses non résolues après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations propres à Mutex, visées ci-dessus.

Le médiateur peut ainsi être saisi par votre employeur, vous-même ou vos ayants droit, en adressant sa demande à l'attention du Médiateur de Mutex, auprès du Service Qualité Relation Adhérent de Mutex.

ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout – 75009 PARIS.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de l'exécution du contrat de prévoyance collective conclu avec les organismes assureurs, vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement ayant pour finalité la gestion de ce contrat par les organismes assureurs.
Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés des organismes assureurs, et, le cas échéant, de ses sous traitants et prestataires.
Des données de santé sont également traitées dans le cadre de la gestion du contrat de prévoyance collective conformément à votre accord exprimé auprès de votre employeur.
En application de la loi Informatique et libertés du 6-01-1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant qui s'exercent auprès de Mutex par courrier postal à l'adresse suivante : MUTEX – Direction des Projets, 125 avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex, accompagné de la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations
En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande ci-dessus.

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail (IJ)	Rente invalidité, IPP	Décès IAD	Rente éducation	Rente de conjoint
Demande d'indemnités journalières, signée de l'Établissement	●				
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	●				
Déclaration d'arrêt de travail	●	●			
En cas de rechute, certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection	●	●			
Photocopie des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	●	●	●	●	●
Demande de rente, signée de l'entreprise		●		●	●
Notification d'attribution de pension d'Invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		●			
Justificatif attestant de la poursuite du versement des rentes de la Sécurité sociale		●			
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		●	●		
Demande de capital Décès signée de l'entreprise			●		
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●	●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un 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			●		●
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 communs, 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 attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs valablement conclu et en vigueur à la date de l 'événement ouvrant droit à prestations, délivré par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou du lieu de conclusion du Pacs (attestation de moins de trois mois.)			●	●	●
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant du participant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●		
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié			●	●	
En présence d'enfants, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 21 ans, copie du certificat d'apprentissage…			●	●	
Si personne infirme à charge, la carte d'invalide civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				●	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie (ou IPP ≥ 80%)			●	●	
Certificat médical précisant la nature et les circonstances du décès de l'assuré			●		
Demande de rente signée de l'entreprise		●		●	●
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			●	●	●
Attestation d'inscription à Pole Emploi				●	
Photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs pour le versement des prestations le ou les concernant			●	●	
Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne pour les prestations versées sous forme de rente			●	●	●

IMPORTANT

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

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), ...

Reconnais avoir reçu la notice d'information « Régime de prévoyance des établissements hospitaliers mutualistes » relative au régime de prévoyance souscrit auprès de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion de mon employeur :

A .....

Le .....

Signature :

MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
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 :
125, avenue de Paris
92327 CHÂTILLON CEDEX

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX
du code de la Sécurité sociale, jouissant de la personnalité civile
dans les conditions prévues à l'article L. 931-1 du Code
de la Sécurité sociale et agréée par le ministre chargé
de la Sécurité sociale
Inscrite au Registre du commerce et des sociétés de Paris
sous le numéro 388 952 350

Siège social :
21, rue Laffitte
75009 PARIS

MUTUELLE CHORUM

Mutuelle soumise
aux dispositions du Livre II
du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirene
sous le numéro 784 621 419

Siège social :
50-60, rue Nationale
75013 PARIS

13211 – Notice d'information – Régime de prévoyance – Photos : Thinkstock – Corner.fr – 13075