

Chorum Prévoyance



Régime de prévoyance

Notice d'information

Sommaire

La Mutuelle CHORUM distribue le contrat dont les garanties sont co-assurées par l'Unpmf et Malakoff Médéric Prévoyance

I. LES DÉFINITIONS

Article 1 Enfant à charge	3
Article 2 Accident	3
Article 3 Invalidité Absolue et Définitive	3
Article 4 Concubin, pacsé	3

II. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 5 Détermination des assiettes	3
5.1 Assiette des cotisations	3
5.2 Assiette des prestations	3
Article 6 Montant maximum d'indemnisation	3
Article 7 Règles relatives aux prestations	3
7.1 Revalorisation de l'assiette des prestations	3
7.2 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service	3

III. VOS GARANTIES

Article 8 Prise d'effet et durée des garanties	4
Article 9 Garantie Décès, Invalidité Absolue et Définitive	4
9.1 Objet de la garantie	4
9.2 Montant du capital décès	4
9.3 Majoration pour enfant à charge	4
9.4 Capitaux supplémentaires pour accident	4
9.5 Double effet	4
9.6 Bénéficiaires des prestations en cas de décès	4
9.7 Bénéficiaires des prestations en cas d'invalidité absolue et définitive	4
9.8 Conditions et modalités du versement du capital décès	4
9.9 Valorisations des prestations	5
Article 10 Garantie Obsèques	5
10.1 Objet de la garantie	5
10.2 Bénéficiaires de la prestation	5
10.3 Conditions de règlement des prestations	5
10.4 Modalités de versement	5
Article 11 Garantie Incapacité Temporaire Totale	5
11.1 Objet de la garantie	5
11.2 Prestations garanties	5
11.3 Revalorisation des prestations périodiques	5

11.4 Règles d'indemnisation	5
11.5 Conditions et modalités du versement des Indemnités journalières	5
11.6 Subrogation	6

Article 12 Garantie Invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle	6
12.1 Objet de la garantie	6
12.2 Prestations garanties	6
12.3 Revalorisation des prestations périodiques	6
12.4 Règles d'indemnisation	6
12.5 Conditions et modalités du versement des Indemnités journalières	6
12.6 Subrogation	6

IV. LIMITES DE VOS GARANTIES

Article 13 Plafonds de vos garanties	7
Article 14 Suspension de la garantie	7
Article 15 Risques exclus	7
Article 16 Terme de vos garanties	7

V. AUTRES DISPOSITIONS

Article 17 Prescription	8
Article 18 Contrôle	8
Article 19 Litiges médicaux	8
Article 20 Fausse déclaration intentionnelle	8
Article 21 Médiation	8
Article 22 Autorité de contrôle prudentiel et informatique et libertés	8
Article 23 Modification du contrat collectif	8

VI. PIÈCES JOINTES

Pièces à fournir à la Mutuelle CHORUM pour toute demande de prestation	11
--	----

Chapitre 1 Définitions

Article 1 Enfant à charge

Sont considérés comme à charge les enfants âgés de moins de 16 ans dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement. Ainsi que les enfants de moins de 26 ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants (Article L. 381-3, et suivants du Code de la Sécurité sociale) ;
- qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC mensuel ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241.3 du Code de l'action sociale et de la famille. Toutefois, en ce qui concerne les majorations familiales des capitaux ou des rentes, aucune limitation d'âge ne leur est appliquée.

Article 2 Accident

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

Article 3 Invalidité Absolue et Définitive

Par assuré en état d'Invalidité Absolue et Définitive (invalidité de 3^e catégorie), il faut entendre celui reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (art. 341-4 3^e du Code de la Sécurité sociale). Est assimilée à l'IAD, l'Incapacité Permanente Totale (IPT) avec attribution d'une majoration de rente pour tierce personne.

Par Incapacité Permanente Totale, il faut entendre l'incapacité définie à l'article L. 434.2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale :

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

Article 4 Concubin, Pacsé

On entend par concubin : *personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (2 ans de vie commune avant le décès sauf si un enfant est né de l'union) justifiée par la production de la dernière déclaration fiscale au même domicile, la dernière quittance de loyer, facture EDF...*

On entend par Pacsé : *personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires. L'existence d'un PACS peut être prouvée soit par l'acte d'enregistrement au Tribunal d'Instance soit par la copie du contrat de PACS.*

Chapitre 2 Dispositions générales

Article 5 Détermination des assiettes

5.1 Assiette des cotisations

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

- *Tranche A des rémunérations* : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- *Tranche B des rémunérations* : partie du salaire brut comprise entre le plafond annuel de la tranche A et quatre fois le plafond.
- *Tranche C des rémunérations* : partie du salaire brut comprise entre le plafond annuel de la tranche B et huit fois le plafond de la Sécurité sociale. Le salaire de référence comprend éventuellement les primes régulièrement perçues au cours de l'année à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (primes de départ à la retraite...).

5.2 Assiette des prestations

Le salaire de référence est le salaire brut fixe ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par l'assuré au cours des 3 derniers mois civils d'activité précédant la date de l'événement ouvrant droit à des prestations. Ce salaire peut être majoré du quart des rémunérations variables supplémentaires régulièrement versées ayant donné lieu à cotisation dans les derniers mois civils d'activité (sauf les primes à périodicité plus longue que l'année). Lorsque la base de calcul est annuelle, le salaire de référence est multiplié par quatre.

Article 6 Montant maximum d'indemnisation

En aucun cas, les prestations versées en application du présent régime de prévoyance ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de la Sécurité sociale de même nature et de toutes autres prestations en espèces de même nature qui seraient servies par un autre organisme de prévoyance, vous permettre de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette que vous auriez perçue si vous aviez continué à travailler. Dans l'hypothèse où les prestations perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par la Mutuelle CHORUM.

Article 7 Règles relatives aux prestations

7.1 Revalorisation de l'assiette des prestations

Le salaire de référence peut être revalorisé pour le calcul des prestations autres que l'Incapacité Temporaire de Travail, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, au jour de son décès ou à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations. 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 ou, à défaut, entre le jour de son décès et la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

7.2 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques en cours de service sont revalorisables au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve, lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation. Cette disposition est applicable uniquement lorsque le contrat est en cours.

Les revalorisations sont servies dans la limite des disponibilités financières du fonds de revalorisation créé à cet effet par les co-assureurs.

Chapitre 3 Vos garanties

Article 8 Prise d'effet et durée de vos garanties

Quand vos garanties prennent-elles effet ?

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

Des formalités médicales peuvent vous être demandées lors de votre affiliation.

Quand cessent-elles ?

Lorsque vous cessez d'appartenir aux effectifs de l'entreprise (démission - licenciement - terme du contrat de travail), vous êtes radié de la garantie dès la date d'effet de la démission, du licenciement ou du terme de votre contrat de travail, incluant la durée de votre préavis éventuel, qu'il soit effectué ou non.

Article 9 Garantie Décès, Invalidité Absolue et Définitive

9.1 Objet de la garantie

1) Garantir le versement d'un capital « décès » au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires. Si vous êtes atteint d'une Invalidité Absolue et Définitive (IAD) (*) vous pouvez demander le versement par anticipation des prestations prévues en cas de décès. Seule peut donner lieu au versement du capital décès par anticipation, l'IAD reconnue par la Sécurité sociale, et par assimilation, l'Incapacité Permanente et Totale (IPT) (*) avec majoration pour tierce personne reconnue par la Sécurité sociale. Le versement du capital au titre de l'IAD met fin à la garantie Décès.

2) Au titre de la garantie « Décès Accidentel », il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires, un capital décès supplémentaire en cas de décès ou d'IAD par accident.

9.2 Montant du capital décès

Les montants de prestation sont définis dans le résumé de garantie joint à la présente notice.

Il s'agit du capital versé à vos bénéficiaires en cas de décès.

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

9.3 Majoration pour enfant à charge

Le capital de base peut être majoré pour enfant à charge (*). L'ensemble des majorations familiales est limité au montant du capital décès de base.

9.4 Capitaux supplémentaires pour accident

Un capital supplémentaire est versé en complément du capital Décès de base et des majorations pour enfant à charge, lorsque le décès ou l'IAD résultent d'un accident (*).

9.5 Double effet

En cas de décès avant 65 ans de votre conjoint, ou concubin ou partenaire de PACS, survenant simultanément ou postérieurement au vôtre, il peut être versé une prestation aux enfants restant à charge, sous forme de capital (Capital orphelin) et ce, conformément aux mentions contenues dans le résumé des garanties. L'IAD est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation Double Effet.

9.6 Bénéficiaires des prestations en cas de décès

Vos bénéficiaires sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part.

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

Vous pouvez désigner le(s) bénéficiaire(s) dans le bulletin d'adhésion. Cette désignation peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé.

Si le bénéficiaire est nommément désigné les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au bulletin. Elles seront utilisées par l'UNPMF lors de votre décès.

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

Toutefois, la désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce-dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

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

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 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 :

- 1) à votre conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ou à votre concubin notoire (*), ou au partenaire lié par un PACS ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès ;
- 2) à défaut à vos descendants vivants ou représentés ;
- 3) à défaut à vos ascendants ;
- 4) à défaut à vos héritiers selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Les bénéficiaires des capitaux correspondant à la majoration de la garantie pour enfants à charge et du capital orphelin sont les enfants à charge.

9.7 Bénéficiaires des prestations en cas d'invalidité absolue et définitive

Le bénéficiaire des capitaux n'est autre que vous-même, à l'exception des majorations pour enfant à charge et du capital orphelin (garantie Double Effet) versés aux intéressés si ces garanties sont souscrites.

9.8 Conditions et modalités du versement du capital décès

Comment formuler la demande ?

En cas de Décès ou d'IAD, les capitaux sont versés sur production des pièces et justificatifs visés en annexe.

Quand sont versés les capitaux ?

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

Quand cesse la garantie décès ?

Elle prend fin à dater soit :

- ▶ du jour où vous bénéficiez de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- ▶ en cas de décès ;
- ▶ en cas d'IAD (ou IPT) ;
- ▶ dans tous les cas, à la date de la rupture du contrat de travail excepté les cas de maintien de garantie ci-après énoncés.

9.9 Revalorisation des prestations

L'assiette des prestations est-elle revalorisée ?

Oui, conformément au chapitre « *Quelles sont les règles relatives aux prestations ?* » défini aux *Dispositions Générales* de la présente notice (page 3).

Article 10 Garantie Obsèques

10.1 Objet de la garantie

Garantir le versement, dans l'hypothèse de votre décès, ou de celui de votre conjoint non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée à la date du décès, de votre concubin ou partenaire de PACS, ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès, ou d'un enfant à charge, d'une indemnité pour frais d'obsèques à hauteur des dépenses supportées et plafonnées au montant fixé dans le résumé des garanties, au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

En conséquence, l'indemnité versée au(x) bénéficiaire(s) est susceptible de ne pas couvrir la totalité des frais prévisibles d'obsèques. La garantie Obsèques ne couvre pas les frais de concession. Les indemnités maxima garanties sont calculées sur la base du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

10.2 Bénéficiaires de la prestation

Il s'agit de la ou des personnes qui ont assuré le paiement des frais d'obsèques et qui en présentent les factures acquittées.

10.3 Conditions de règlement des prestations

Les frais sont remboursés sur production des pièces et justificatifs visés en annexe dans un délai de 30 jours à compter de leur réception.

10.4 Modalités de versement

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

Article 11 Garantie Incapacité Temporaire Totale

11.1 Objet de la garantie

Compenser les pertes de salaire dues à des arrêts de travail pour cause de maladie ou d'accident entraînant pour vous l'incapacité temporaire complète d'exercer une quelconque activité professionnelle dès lors que vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Seules peuvent être indemnisées les périodes d'arrêt de travail donnant lieu à l'attribution d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

11.2 Prestations garanties

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

Dans le cas où le contrat de travail est maintenu, les prestations versées au souscripteur s'entendent sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, CSG/CRDS non retranchées.

Dans le cas où le contrat de travail est rompu, les prestations versées à l'assuré s'entendent sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, CSG/CRDS retranchées.

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

11.3 Revalorisation des prestations périodiques

Les indemnités journalières sont-elles revalorisées ?

Oui, se reporter au chapitre « *Quelles sont les règles relatives aux prestations* » défini aux *Dispositions générales* de la présente notice (p. 3).

11.4 Règles d'indemnisation

Quand débute l'indemnisation ?

L'indemnisation ne débute qu'à l'issue d'une franchise précisée dans le résumé des garanties. Toutefois, cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée par la Sécurité sociale ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L. 322.3, 3, 4^e et L.324.1 du Code de la Sécurité sociale).

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail continu se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation fixée dans le résumé des garanties. La détermination de la franchise continue s'effectue dans le cadre de l'année civile.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

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

Quand cesse le versement des indemnités journalières ?

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

- ▶ du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- ▶ du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- ▶ au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- ▶ du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques.

Le versement de la prestation cesse définitivement à compter soit :

- ▶ de la date à laquelle vous percevez une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- ▶ de la date à laquelle vous percevez une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;
- ▶ de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de cumul emploi/retraite telle que définie par les textes en vigueur et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- ▶ du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations.

11.5 Conditions et modalité du versement des Indemnités journalières

Comment formuler la demande d'indemnités ?

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

Comment sont versées les indemnités journalières ?

Les pièces et justificatifs visés en annexe sont demandés pour l'établissement du dossier de prestation. Le versement des indemnités journalières s'effectue ensuite au fur et à mesure de la présentation des décomptes des prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale. Cette présentation devant intervenir dans un délai maximum de 6 mois.

11.6 Subrogation

Les co-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.

Article 12 Garantie Invalidité, Incapacité Permanente Professionnelle

12.1 Objet de la garantie

Vous garantir le versement d'une rente pour compenser vos pertes de salaire si vous êtes reconnu en Invalidité ou Incapacité Permanente par la Sécurité sociale.

12.2 Prestations garanties

Invalidité

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain, reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale (*). Le montant de la rente d'invalidité est déterminé par catégorie d'invalidité dans le résumé des garanties.

Incapacité entre 33 % et moins de 66 %

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

$$Rx3N/2$$

N étant le taux d'incapacité permanente, R le montant trimestriel de la rente d'invalidité de 2^e catégorie qui serait versée par la Mutuelle CHORUM.

Incapacité égale ou supérieure à 66 %

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L. 434-2 alinéa 1^{er} du Code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L. 434-2 dudit Code). L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée, à l'invalidité de 2^e catégorie (ou de 3^e catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie).

12.3 Revalorisations des prestations périodiques

Vos rentes sont-elles revalorisées ?

Oui, se reporter au chapitre « *Quelles sont les règles relatives aux prestations ?* » défini aux *Dispositions Générales* de la présente notice.

Règles particulières d'indemnisation en cas de rechute

Le service des rentes lorsqu'il est interrompu en application des dispositions ci-dessus reprend automatiquement du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité était redevenue supérieure à 50 %, sous réserve que la rechute ait lieu dans un délai maximum de 2 mois.

Ce délai peut être porté à un an si l'intéressé justifie immédiatement que l'aggravation de son état a été provoquée par la même affection que celle en cours au moment de la suspension. La Mutuelle CHORUM peut proroger ce dernier délai s'il s'agit d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (art. L. 322-3-3e et 4^e du Code de la Sécurité sociale) ou des affections de longue durée (art. L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale).

12.4 Règles d'indemnisation

Le montant de la rente est indiqué dans le résumé des garanties ; il s'entend sous déduction des prestations de la Sécurité sociale CSG/CRDS non retranchées, et/ou de tout autre organisme de prévoyance complémentaire.

Quand débute l'indemnisation ?

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

(* 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 : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ; Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ; 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.

Quelle est la durée de l'indemnisation ?

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

Quand cesse le versement des rentes ?

Le service des rentes est interrompu à date, soit :

- ▶ du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'incapacité ;
- ▶ du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- ▶ du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf justification thérapeutique ;

Ces deux derniers cas ne sont pas applicables aux assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1^{re} catégorie ou d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles :

- ▶ du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 50 % en ce qui concerne les rentes d'invalidité ou les rentes d'incapacité pour un taux supérieur ou égal à 66 % ;
- ▶ du jour où le taux d'incapacité permanente est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes servies pour un taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %.

En tout état de cause la rente cesse à compter :

- ▶ de la date à laquelle vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf cas de cumul emploi retraite tel que prévu par la législation en vigueur.
- ▶ du jour où vous ne remplissez plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations ;

12.5 Conditions et modalités du versement des Indemnités journalières

Comment formuler la demande de rente ?

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

Les pièces et justificatifs à fournir sont cités en annexe.

Quand sont versées les rentes ?

Elles sont versées, 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 pension ou de la rente par la Sécurité sociale. Le service de la rente est suspendu tant que le justificatif réclamé n'est pas produit.

12.6 Subrogation

Les co-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.

Chapitre 4 Limites de vos garanties

Article 13 Plafonds de garantie

Plafonds de garanties par assuré

Les engagements des co-assureurs, sur les capitaux au décès de chaque assuré sont limités au montant indiqué au résumé de garanties, y compris les capitaux supplémentaires pour accident, Double Effet. Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité sont plafonnés par assuré dans la limite indiquée au résumé de garanties.

Plafond par événement catastrophique (1)

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 co-assureurs pour l'ensemble des capitaux versés ou garantis au titre de cet événement seront tenus dans la limite d'un montant indiqué au résumé de garanties.

Article 14 Suspension de la garantie

En cas de suspension du contrat de travail :

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

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financés au moins pour partie par l'employeur, les garanties de prévoyance sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, sauf cas d'exonération.

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

Sauf dispositions contraires prévues aux conditions particulières, la garantie est suspendue de plein droit dans les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, (congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail, congé pour création d'entreprise visé aux articles L.3142-78, L.3142-79, L.3142-80 et suivants du Code du travail, congé parental d'éducation visé aux articles L.1225-47, L.1225-48, L.1225-49, L.1225-50, L.1225-51, R.1225-8, R.1225-9 du Code du travail, etc...).

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

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

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

Suspension de garantie pour non paiement de la cotisation

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie si la mise en demeure de payer n'est pas suivie d'effet dans un délai de 30 jours. L'arrêt de travail ou le décès survenant durant cette période ne peut donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Article 15 Risques exclus

Exclusions générales

En dehors de la garantie obsèques, pour laquelle seuls les risques de guerres civiles et étrangères sont exclus, les co-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 (2) du Code de l'aviation civile, et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- ▶ de la participation à des tentatives de records, essais - préparatoires, de réception d'un engin et compétitions sportives.

(1) On entend par « événement catastrophique » une cause unique d'une durée maximale de 72 heures entraînant au minimum 4 sinistres à l'occasion d'un même accident.

(2) 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 ».

Exclusions propres aux garanties

En ce qui concerne les capitaux décès, ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- A. du suicide de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion. Ce délai peut être acquis au titre d'un précédent contrat assurant des garanties équivalentes et dont le présent contrat prend la suite immédiate.
- B. de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

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 en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- ▶ d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse pour un taux égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- ▶ directement ou indirectement du fait d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- ▶ de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- ▶ de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
- ▶ de la maternité sauf cas pathologique (pour la garantie incapacité temporaire totale uniquement).

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

Article 16 Terme de votre garantie

Rupture du contrat de travail

Les assurés démissionnaires, licenciés ou dont le contrat de travail est arrivé à terme, demeurent couverts jusqu'à épuisement de leurs droits à indemnisation en ce qui concerne les affections ou les arrêts de travail médicalement constatés et indemnisés par la Sécurité sociale antérieurement à la date du licenciement, de la démission (préavis éventuel, effectué ou non, inclus) ou du terme du contrat de travail.

Résiliation du contrat d'assurance

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

Le bénéfice des garanties Décès souscrites est toutefois maintenu aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat et ce, pendant toute la durée de cette indemnisation. Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

Par ailleurs, en cas de résiliation du contrat, l'UNPMF pourra proposer aux salariés une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat individuel, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat concerné à la date de résiliation du contrat collectif.

Chapitre 5 Autres dispositions

Article 17 Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion 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 :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 18 Contrôle

La Mutuelle CHORUM peut à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. Elle peut également, à tout moment, effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle juge utiles. Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle CHORUM.

Article 19 Litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin traitant. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de votre domicile. Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle CHORUM restent à la charge des co-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.

Article 20 Fausse déclaration intentionnelle

La garantie qui vous est accordée par les co-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 co-assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux co-assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 21 Médiation

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou aux services de gestion de la Mutuelle CHORUM.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, vous pouvez écrire à l'UNPMF – Service Qualité Relation Adhérent – 125, avenue de Paris – 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites.

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

Cette procédure est mise à la disposition de tous les adhérents confrontés à des situations litigieuses non résolues après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations propres à l'UNPMF, visées ci-dessus.

Le médiateur peut ainsi être saisi par l'adhérent, ou son ayant droit, en adressant sa demande à l'attention du MÉDIATEUR DE l'UNPMF, auprès du Service Qualité Relation Adhérent de l'UNPMF.

Article 22 Autorité de contrôle prudentiel et informatique et libertés

L'organisme de contrôle de l'UNPMF est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Nous vous informons que dans le cadre de l'exécution du contrat de prévoyance collective conclu avec l'UNPMF, vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement ayant pour finalité la gestion de ce contrat par l'UNPMF.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'UNPMF, 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 l'UNPMF par courrier postal à l'adresse suivante : l'UNPMF, 125 avenue de Paris, 92327 Châtillon, accompagné de la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature. »

Article 23 Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul et le montant de votre cotisation peuvent être modifiés par voie d'avenant au contrat souscrit par l'employeur auprès de l'UNPMF.

L'employeur informe par écrit les adhérents en leur remettant un exemplaire de la notice d'information des modifications apportées à leurs droits et obligations.

Additif aux conditions générales valant additif à la notice d'information

Prévoyance collective

En application des dispositions de l'article L. 212-11 du Code de la mutualité, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (ci-après « UNPMF » nouvellement dénommée Mutex Union), union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé 125, avenue de Paris à Châtillon, a transféré en partie son portefeuille d'opérations au profit de MUTEX, société anonyme, régie par les dispositions du Code des assurances, dont le siège social est situé 125, avenue de Paris à Châtillon, au capital social de 37 302 300 €, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 529 219 040.

Ce transfert a été approuvé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution par décision en date du 21 novembre 2013, publiée au Journal officiel de la République Française le 15 décembre 2013.

Par conséquent, à compter du 15 décembre 2013 les droits et obligations qui pesaient sur l'UNPMF au titre du contrat auquel vous avez adhéré ont été transférés automatiquement à Mutex.

Mutex devient ainsi l'assureur des garanties auxquelles vous avez précédemment adhéré en lieu et place de l'UNPMF, les autres assureurs demeurant inchangés.

Ainsi, toute référence et mention afférente à l'UNPMF, l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française, dans les conditions générales, doit être remplacée et s'entendre par Mutex .

Mutex a pour organisme de contrôle l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Les caractéristiques du contrat auquel vous avez adhéré notamment les prestations garanties demeurent inchangées.



Assureur des garanties

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par
le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex



Gestionnaire pour le compte de l'assureur

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de
la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE
sous le n° 784 621 419
Siège social : 56-60 rue Nationale - 75013 Paris

Pièces à fournir à la Mutuelle CHORUM pour toute demande de prestation

Documents à fournir	Incapacité	Invalidité Incapacité	Obsèques	Décès
Demande de capital Décès-IAD signée par le représentant qualifié de l'employeur				●
Pièce justifiant du décès de l'assuré ex : bulletin de décès... (éventuellement du conjoint, concubin, partenaire de Pacs ou d'un enfant à charge pour la garantie Obsèques)			●	●
Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle				●
Justifications utiles de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires				●
Toute pièce justifiant le lien conjugal, le concubinage (déclaration sur l'honneur signée également par 2 témoins, justificatifs de domicile commun), le PACS (attestation du Tribunal d'Instance de moins de 3 mois) et le cas échéant, la qualité d'enfant à charge			●	●
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				●
Demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié du souscripteur			●	
Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et leur paiement			●	
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié du souscripteur	●			
Bulletins de salaire des 3 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail	●	●		
Décompte des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale	●			
Demande de rente signée par le représentant qualifié de l'employeur		●		
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale		●		
Bulletin d'hospitalisation	●			
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de prestations	●	●	●	●



Mutuelle CHORUM

Immatriculée au répertoire sirene
sous le n° SIREN 784 621 419 agréée
pour les branches 1, 2, 20 par arrêté ministériel
du 13 décembre 2002 siège social :
56/60 rue Nationale - 75013 Paris
organisme soumis aux dispositions
du livre II du code de la Mutualité



UNPMF

Union Nationale de la Prévoyance
de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)
Union soumise aux dispositions du livre II
du Code de la Mutualité Immatriculée
au répertoire Sirene sous le numéro 442 574 166,
agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22.
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex



malakoff médéric

Malakoff Médéric Prévoyance
Institution de prévoyance
Régie par le titre III du livre IX du
Code de la Sécurité sociale Agréée
pour les branches 1, 2, 20, 25 et 26
Siège social : 21, rue Laffitte
75009 PARIS