



NOTICE D'INFORMATION DES SALARIÉS

CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE C.P.M. 2005

Contrat de prévoyance collective obligatoire assuré par :

L'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,
inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 442 574 166,
agrée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22
siège social : 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15

présenté par :

LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE LA MUTUALITÉ (S.N.M.)
mutuelle relevant du livre II du code de la Mutualité,
inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 784 621 419,
agrée pour les branches 1, 2 et 20
siège social : 56/60, rue Nationale - 75649 PARIS cedex 13

cette dernière (ci-après S.N.M.) est gestionnaire mandataire de l'UNPMF.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE LA MUTUALITÉ (S.N.M.)

inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 784 621 419
agrée pour les branches 1, 2, 20 par arrêté ministériel du 13 décembre 2002
siège social : 56/60 rue Nationale - 75649 Paris cedex 13

organisme soumis aux dispositions du livre II du code de la Mutualité

PRÉAMBULE	P.4
-----------	-----

CHAPITRE I : VOS GARANTIES	P.5
Garantie indemnités journalières	p.5
Garantie invalidité permanente - incapacité permanente	p.6
Garantie décès - IAD	p.7
Garantie rente éducation	p.9
Garantie rente survie	p.11
Garantie rente de conjoint	p.12

CHAPITRE II : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.13
Les cotisations	p.13
Les prestations	p.14
Les garanties	p.16
Dispositions diverses	p.18
Définitions de certaines notions	p.19

ANNEXE I : RÉSUMÉ DES GARANTIES	P.21
---------------------------------	------

ANNEXE II : PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	P.23
--	------

ANNEXE III : ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION (détachable)	P.25
--	------

Votre employeur a souscrit un contrat d'assurance collective obligatoire par l'intermédiaire de la S.N.M. au bénéfice de l'ensemble des membres de son personnel salarié. La S.N.M. est garantie par l'U.N.P.M.F.

La présente notice tient compte des modifications des conditions générales en vigueur à partir du 1er janvier 2005.

■ LES GARANTIES PROPOSÉES ?

Ce contrat de prévoyance collective est souscrit en vue de garantir le versement des prestations suivantes :

- indemnités journalières ;
- rentes invalidité ou incapacité permanente ;
- capital décès, invalidité absolue et définitive (IAD) ;
- rente éducation ;
- rente survie ;
- rente de conjoint.

Les garanties souscrites par votre employeur et les montants de prestations sont définis dans l'annexe I : résumé des garanties de la présente notice.

■ COMMENT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Votre qualité de salarié vous donne celle d'assuré au contrat.

■ CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

➤ Vous êtes salarié dans l'entreprise adhérente au moment de la souscription du contrat de prévoyance :

les garanties jouent dès la date d'affiliation au contrat de prévoyance et ce, pour les événements reconnus par la Sécurité sociale à compter de cette date.

➤ Vous devenez salarié dans l'entreprise adhérente postérieurement à la souscription du contrat de prévoyance :

voire admission prend effet à la date de votre embauche sous réserve d'avoir été déclaré à la S.N.M. dans les trois mois suivants.

■ QUAND CESSENT-ELLES ?

➤ En fonction de votre âge, selon ce qui est indiqué pour chaque garantie.

➤ Vous cessez d'appartenir aux effectifs de l'entreprise adhérente (départ en retraite, démission, licenciement, terme du contrat de travail), vous êtes donc radié de la garantie dès le terme de votre contrat de travail, préavis éventuel effectué ou non.

➤ Votre employeur résilie le contrat de prévoyance.

Ces cas de cessation de garantie sont sans effet sur vos prestations en cours de service ; vous demeurez couvert au niveau de prestations atteint jusqu'à épuisement de vos droits s'agissant des arrêts de travail médicalement constatés et donnant droit à indemnisation de la S.N.M.

■ QUI SONT VOS INTERLOCUTEURS ?

La S.N.M. gère les prestations.

■ SERVICE DES PRESTATIONS

➤ Pour les demandes de prestations relatives à une déclaration de sinistre né postérieurement à la prise d'effet du contrat " C.P.M. " : la S.N.M. réceptionne la déclaration de sinistre et procède à la liquidation et au règlement. En revanche, l'U.N.P.M.F. exerce les actions contre les tiers par subrogation.

➤ Pour les demandes de prestations relatives à une déclaration de sinistre né antérieurement à la prise d'effet du contrat " CPM " : vous êtes indemnisé par l'ancien assureur, votre employeur a remis, lors de son adhésion, un état des salariés en cours d'indemnisation. La S.N.M. prend à sa charge la revalorisation des prestations dans certaines conditions.

LES DEMANDES DE PRESTATIONS

DOIVENT ÊTRE ADRESSÉES À :

SNM

Service Prestations

BP 66

75622 PARIS CEDEX 13

CHAPITRE I :
VOS GARANTIES

INDEMNITES JOURNALIERES
(IJ)

■ QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Si vous avez moins de 65 ans et êtes en arrêt pour cause de maladie (ou accident médicalement constaté), la S.N.M. sert des indemnités journalières complémentaires à celles que servent la Sécurité sociale et/ou d'autres organismes de prévoyance.

Si vous comptabilisez moins de 200 heures de travail, à la suite d'un contrôle médical et d'une décision favorable de la S.N.M., vous pouvez bénéficier d'indemnités journalières complémentaires calculées, déduction faite des indemnités journalières de la Sécurité sociale reconstituées.

■ QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Les indemnités journalières complémentaires sont limitées à 78 % de la rémunération de référence (voir la rubrique " Les prestations "), déduction faite des rémunérations perçues en cas de reprise de travail à temps partiel, des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par tout autre organisme de prévoyance.

Pour l'application de cette garantie, la revalorisation débute à compter du 1er janvier qui suit les 6 premiers mois (180 jours) consécutifs d'arrêt de travail.

■ QUELLES SONT LES RÈGLES D'INDEMNISATION ?

Durant votre période d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, les indemnités journalières complémentaires sont versées en même temps que les indemnités journalières Sécurité sociale.

Les prestations sont versées à l'issue d'une période, appelée délai de carence, de 90 jours continus ou non d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale.

Ce délai s'apprécie sur 12 mois consécutifs glissants (de date à date) et par maladie ou accident.

Toutefois, à l'issue du délai de carence, les indemnités journalières complémentaires ne sont versées que si la Sécurité sociale verse elle-même ses prestations. Notamment, lorsqu'elle fait application de la franchise de trois jours, les IJ complémentaires ne sont liquidées qu'après épuisement de cette franchise.

Si vous ne percevez pas d'indemnités journalières sécurité sociale parce que vous comptabilisez moins de 200 heures de travail, vous pouvez bénéficier des indemnités journalières complémentaires dans les conditions définies ci-dessus (contrôle médical et décision favorable de la S.N.M.).

En tout état de cause, les prestations ci-dessus ne peuvent, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou en s'ajoutant à un quelconque élément de salaire (de remplacement ou non), permettre à l'assuré de recevoir des sommes supérieures à celles qu'il aurait perçues s'il avait continué de travailler.

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS ?

Les prestations sont versées à votre employeur tant que vous êtes salarié.

Dès lors que votre contrat de travail est rompu, les prestations vous sont versées directement.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA PRESTATION ?

Les prestations sont versées, selon la même périodicité que celles de la Sécurité sociale, sur production d'une demande d'indemnités journalières complétée et signée par votre employeur et, le cas échéant, par vos soins, accompagnée des pièces justificatives demandées par la S.N.M.

Vous devez impérativement joindre à votre demande le décompte qui vous a été remis par la Sécurité sociale même pour les périodes non indemnisées par la S.N.M.

Lorsque la demande de versement est produite plus de six mois après la date d'expiration du délai de carence prévu ci-

dessus, les prestations ne sont dues qu'à compter du premier jour du mois qui suit ladite date de demande de versement. La présente stipulation ne s'applique pas lorsque votre employeur prouve que son retard était causé par un cas de force majeure.

■ CESSATION DE L'INDEMNISATION

Le versement des indemnités journalières complémentaires prend fin à dater, soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ;
- après 3 ans d'indemnisation par la Sécurité sociale pour une même affection ;
- du jour de la reprise de travail à temps complet ;
- du jour de la reprise de travail à temps partiel sauf si elle est justifiée thérapeutiquement ;
- du jour de la décision du médecin conseil de la S.N.M. à la suite d'un contrôle médical.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse définitivement à compter du premier jour du mois suivant :

- soit, la date de votre 65ème anniversaire ;
- soit, la date à laquelle vous percevez une pension d'invalidité ou une pension de retraite de la Sécurité sociale ;
- soit, la date à laquelle vous percevez une rente d'incapacité permanente de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des indemnités journalières ;

En tout état de cause, les prestations ne peuvent être servies au delà du 1095ème jour d'arrêt de travail.

INVALIDITÉ PERMANENTE INCAPACITÉ PERMANENTE

■ QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Si vous êtes âgés de moins de 60 ans, vous faire bénéficier :

- d'une rente d'invalidité lorsque vous êtes en état d'invalidité permanente à la suite d'une maladie ou d'un accident lié à la vie privée ;

- d'une rente d'incapacité lorsque vous êtes en état d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

Les rentes précitées sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité et ce, pendant toute la durée de versement de celles-ci.

Toutefois, par exception, vous pouvez bénéficier de ces rentes complémentaires, en l'absence de rentes de la Sécurité sociale, à la suite d'un contrôle médical et d'une décision favorable de la S.N.M. Ces rentes complémentaires tiendront compte du montant des rentes Sécurité sociale reconstituées.

⚡ Définition de l'invalidité permanente : c'est 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 (*)

⚡ Définition de l'incapacité permanente : c'est l'incapacité résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et reconnue (et indemnisée) par la Sécurité sociale au titre de l'article L 434-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elle est dite totale lorsque le taux est supérieur ou égal à 66 %. Elle est dite partielle dès lors que le taux d'incapacité est compris entre 33% et 66%.

(*) Article L 341-4 du code de la Sécurité sociale : En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1. Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
2. Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
3. 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.

■ QUELLES SONT LES RÈGLES D'INDEMNISATION ?

L'indemnisation intervient, au plus tôt, à compter de la date de mise en invalidité par la Sécurité sociale confirmée par la

remise par cette dernière d'un titre de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente.

Les prestations complémentaires aux rentes versées par la Sécurité sociale sont servies pendant toute la durée du versement de celles-ci.

Lorsque la demande de rente est produite plus de six mois après la date de classement en invalidité (confirmée par la remise par la Sécurité sociale d'un titre de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente), les prestations ne sont dues qu'à compter du premier jour du mois qui suit ladite date de demande de rente. La présente stipulation ne s'applique pas lorsque votre employeur ou le bénéficiaire prouve que son retard était causé par un cas de force majeure.

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS ?

Les prestations vous sont directement versées.

■ QUELLES SONT LES PRESTATIONS SERVIES ?

En cas :

- d'invalidité de première catégorie (ou d'incapacité permanente d'un taux compris entre 33% et 66%) : la prestation est limitée à 47% de la rémunération de référence (voir " Les prestations ") dans la limite des tranches de salaires souscrites et sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale ;
- d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie (ou d'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66%) : la prestation est limitée à 78% de la rémunération de référence (voir " Les prestations ") dans la limite des tranches de salaires souscrites et sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, les prestations ci-dessus ne peuvent, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou en s'ajoutant à un quelconque élément de salaire (de remplacement ou non), permettre à l'assuré de recevoir des sommes supérieures à

celles qu'il aurait perçues s'il avait continué de travailler (hormis la majoration pour tierce personne).

■ QUAND CESSE LA GARANTIE ?

Le versement de la prestation prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'incapacité ;
- du jour de la décision du médecin conseil de la S.N.M. à la suite d'un contrôle médical ;
- 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 vous sont pas applicables si vous bénéficiez d'une rente d'incapacité de la Sécurité sociale au titre des accidents du travail ou de maladies professionnelles.

En tout état de cause, la rente cesse à compter du 1er jour du mois civil suivant votre 60ème anniversaire.

DÉCÈS INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

■ QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantir, en cas de décès ou d'incapacité absolue et définitive (IAD), le versement d'un capital décès au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

La garantie joue dès que vous êtes affilié au contrat de prévoyance.

Seule peut donner lieu au versement du capital décès par anticipation, l'invalidité absolue et définitive telle que définie ci-après (voir chapitre II - définitions).

Au-delà de 65 ans, le décès suite à une maladie n'est couvert que s'il survient dans les 6 mois qui suivent l'arrêt de travail.

■ QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

➤ Le capital décès

Le capital de base versé en cas de décès ou IAD :

- sur la tranche A: 175% de la rémunération de référence ;
- sur la tranche B : 415% de la rémunération de référence.

Si, au moment du décès ou de l'IAD toutes causes, vous avez un ou plusieurs enfants à charge, il est en outre servi une majoration du capital de base fixée, pour chacun de ces enfants, à :

- 30 % sur la tranche A des rémunérations de référence,
- 100 % sur la tranche B des rémunérations de référence.

➤ Les majorations du capital de base en cas de décès ou d'IAD suite à accident

Le capital de base est majoré de 50% si le décès ou l'IAD résulte d'un accident toute cause.

Une majoration de 15 % sur la tranche A et de 50% sur la tranche B est, de surcroît, appliquée (en cas de décès ou d'IAD accidentel) si vous laissez des enfants à charge.

➤ La garantie double effet

Si votre conjoint, âgé de moins de 65 ans décède simultanément ou postérieurement à vous (dans le délai maximal d'un an après votre décès), les enfants restant à charge percevront un capital égal à la moitié du capital décès (majorations pour enfants à charge comprises) réparti en parts égales entre eux.

L'IAD de votre conjoint, reconnue par la Sécurité sociale, est assimilée au décès pour l'application de cette disposition.

➤ Dégressivité du capital en fonction de l'âge

A partir de 65 ans, et au plus tard au 75ème anniversaire, il n'est versé qu'une fraction du capital garanti, sur la tranche B des rémunérations.

- Entre : 65/66 ans : 70 %
-67/68 ans : 60 %
-69/70 ans : 50 %
-71/72 ans : 40 %
-73/75 ans : 30 %

Ces abattements ne sont pas appliqués si, étant âgé de plus de 65 ans au moment du décès, vous laissez au moins un enfant à charge.

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION ?

➤ En cas de décès

Vous pouvez procéder à une désignation expresse d'un ou plusieurs bénéficiaires en remplissant et retournant le formulaire de désignation prévu à cet effet à la S.N.M.

Dans le cas contraire, la S.N.M. fera application de la clause type de désignation, rédigée comme suit :

- votre conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, vos descendants nés, à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, vos ascendants,
- à défaut, vos héritiers.

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.

Lorsque le bénéficiaire des prestations est un mineur non émancipé, les prestations sont servies pour son compte à la personne qui, au moment du versement, en assume la charge effective et permanente.

Lorsque ce bénéficiaire est un majeur protégé, c'est son représentant légal qui perçoit les prestations pour son compte.

En tout état de cause, les majorations pour enfant à charge sont, en cas de décès exclusivement, toujours servies au bénéfice desdits enfants.

➤ En cas d'invalidité absolue et définitive

Vous êtes le bénéficiaire des capitaux. Le versement anticipé du capital décès en cas d'IAD met un terme à la garantie décès.

➤ En cas de pluralité de conjoints

Pour les assurés polygames, un seul capital est versé et réparti, à défaut de désignation expresse, par parts égales

entre les différents bénéficiaires.

■ **QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS ?**

Vous êtes reconnu en état d'IAD ou vous décédez et un capital décès est dû au(x) bénéficiaire(s).

➤ Comment formuler la demande ?

La demande doit être adressée à la S.N.M. dans les meilleurs délais.

➤ Pièces à fournir en cas de décès

Dans tous les cas

1. un bulletin ou acte de décès ;
2. le certificat médical adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle (si l'assuré ne bénéficiait pas d'une indemnisation au titre de la maladie ou de l'invalidité à la date du décès) ;
3. les bulletins de salaire relatifs aux 4 trimestres civils précédant le décès (si l'assuré ne bénéficiait pas d'une indemnisation au titre de la maladie ou de l'invalidité à la date du décès) ;
4. en cas de décès accidentel ou posant un problème d'ordre médico-légal : le procès verbal de gendarmerie ou rapport de police ;
5. en cas de décès faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle : la notification délivrée par la Sécurité sociale reconnaissant la nature professionnelle de la maladie ou de l'accident.

Pour les bénéficiaires potentiels

✎ **Le conjoint** : une photocopie de la carte d'identité portant la mention " non décédé " et " non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ".

✎ **Les enfants** :

1. une photocopie de la carte d'identité portant la mention " non décédé " ;
2. en cas de divorce, copie du jugement de tutelle ;
3. un certificat de scolarité ou carte d'étudiant (enfants de moins de 21 ans) et, le cas échéant, leur adresse ;
4. une carte d'étudiant et une attestation d'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants (enfant de 21 à 26 ans) et, le cas échéant, leur adresse.

✎ **Pour les enfants invalides**, une copie :

1. de la carte d'invalidité ;
2. de la décision de la C.O.T.O.R.E.P. ;
3. ou du certificat établi par le centre d'aide par le travail, l'atelier protégé ou par le centre de distribution du travail à domicile.

Pour les autres bénéficiaires

Une photocopie de la carte d'identité revêtue de la mention " non décédé " ainsi qu'un justificatif de leur adresse (une quittance de loyer, facture E.D.F., ...).

➤ Pièces à fournir en cas d'IAD

1. un certificat médical du médecin traitant de l'assuré, adressé sous pli confidentiel au médecin de la S.N.M. attestant de la date de l'arrêt de travail, du degré d'invalidité, de la nature de l'affection et de la durée probable de celle-ci ;
2. toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de capital ;
3. un titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

➤ Le versement des capitaux

Ils sont versés en une seule fois à réception des pièces visées ci-dessus.

■ **QUAND CESSE LA GARANTIE DÉCÈS ?**

Elle prend fin à dater soit :

- de l'âge prévu à la rubrique " Dégressivité du capital en fonction de l'âge " ;
- de la date d'effet de la cessation du contrat de travail, dans les conditions prévues dans la rubrique " Terme de la garantie " de la présente notice ;
- de la date d'effet de la résiliation du souscripteur au contrat dans les conditions prévues dans la rubrique " Terme de la garantie " de la présente notice ;
- du versement anticipé du capital décès en cas d'I.A.D.

RENTE ÉDUCATION

■ **QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?**

Si vous décédez avant 65 ans ou êtes reconnu en état d'invalidité absolue et définitive (IAD) avant 60 ans, la S.N.M. garantit le versement d'une rente éducation à chaque enfant restant à votre charge.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

La garantie joue dès votre affiliation au contrat de prévoyance.

La rente n'est servie aux enfants à charge qu'en cas de décès survenu avant l'âge de 65 ans (ou en cas d'IAD avant 60 ans).

■ QUEL EST LE MONTANT DE LA RENTE ?

➤ Le montant de base

Le montant annuel de la rente est égal à 9% des rémunérations de référence dans la limite indiquée à la rubrique " Plafonds de garantie ".

➤ Les majorations

Cette rente est majorée de 50% en cas de décès de votre conjoint, avant l'âge de 65 ans, simultané ou postérieur au vôtre (dans un délai d'un an après le vôtre).

Si vous avez déjà bénéficié des prestations du présent contrat (IJ, rente d'incapacité ou d'invalidité), la rente sera calculée sur la base de la rémunération retenue pour le calcul des dernières prestations (y compris les éventuelles revalorisations).

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE ?

Il s'agit des enfants qui sont à votre charge.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, la rente est versée à son représentant légal, gérant de tutelle ou administrateur désigné par le juge des tutelles selon le cas.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA RENTE ?

La demande de rente doit être adressée à la S.N.M.

➤ Pièces à fournir en cas de décès :

1. une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme d'un bulletin de décès ;
2. un certificat médical adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;

3. les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ; le cas échéant, leur situation d'orphelin de père et de mère ;

4. toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge, le cas échéant.

➤ Pièces à fournir en cas d'invalidité absolue et définitive :

1. un certificat médical du médecin traitant de l'assuré adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. attestant de la date d'arrêt de travail, du degré de l'invalidité, de la nature de l'affection et de la durée probable de celle-ci ;

2. les pièces et justificatifs mentionnés sur le formulaire de demande de rente ;

3. un titre de pension d'invalidité de 3e 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 ; les justifications utiles de l'identité, des qualité et adresse des bénéficiaires ;

4. toute pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge.

➤ Le versement de la rente

La rente est versée à compter du premier jour du mois qui suit la date du décès ou de la constatation de l'IAD, trimestriellement et d'avance, directement au bénéficiaire si ce dernier est majeur et capable (sauf cas particuliers évoqués précédemment).

Le bénéficiaire ou, le cas échéant, son représentant légal est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation et spécialement celui qui aurait pour effet de mettre fin au service de la rente.

En outre, il doit répondre à une demande annuelle de justification des conditions qui permettent de continuer le versement de la rente, faute de quoi celle-ci se trouve suspendue.

■ QUAND CESSE LE SERVICE DE LA RENTE ?

Au décès du bénéficiaire, le paiement cesse au dernier terme échu avant le décès.

Au 1er jour du mois qui suit la date à laquelle l'enfant cesse d'être considéré comme à charge.

RENTE SURVIE

■ QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantir à vos enfants atteints d'un handicap une rente viagère au cas où vous êtes reconnu en état d'invalidité absolue et définitive ou si vous décédez.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

Vous ouvrez droit à la garantie dès que vous êtes affilié au contrat de prévoyance.

Seul peut être garanti l'état d'IAD tel que défini ci-après (voir chapitre II " Définitions ").

Vos enfants à charge peuvent bénéficier de la rente si leur handicap est né antérieurement à leur 25ème anniversaire.

Si l'enfant handicapé est âgé de moins de 20 ans, le bénéfice de la rente ne lui est accordé que s'il est atteint d'un handicap avec un taux d'incapacité au moins égal à 50%.

Si l'enfant handicapé est âgé de 20 ans ou plus, il peut prétendre au bénéfice de la rente à condition :

- soit d'être atteint d'un handicap avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% ;
- soit d'être atteint d'un handicap dont le taux d'incapacité inférieur à 80% entraîne l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle ou implique l'exercice d'une certaine activité dans un milieu protégé (centre d'aide par le travail, atelier protégé, centre de distribution de travail à domicile).

■ QUEL EST LE MONTANT DE LA RENTE ?

➤ La rente de base

Le montant annuel de la rente équivaut à 10% de la rémunération annuelle de référence dans la limite fixée dans la rubrique " Plafonds de garantie ".

Si votre période d'assurance est inférieure à une année, il sera retenu, pour le calcul de la rémunération annuelle, la rémunération (fixe ou variable) ayant donné lieu au versement de la cotisation au cours du ou des derniers mois d'activité.

➤ L'allocation complémentaire d'orphelin

Si, à la suite de votre décès avant vos 65 ans, vos enfants à charge deviennent orphelins de père et de mère ou si votre conjoint survivant décède avant ses 65 ans (dans un délai maximal d'un an après votre décès), chaque enfant susceptible de bénéficier de cette rente perçoit une allocation complémentaire dont le montant équivaut à 10% de la rémunération de référence.

L'I.A.D. est assimilée au décès pour l'application de la présente disposition.

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE ?

La rente est versée à vos enfants à charge remplissant les conditions définies ci-dessus.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, la rente est versée à son représentant légal : tuteur, gérant de tutelle ou administrateur désigné par le juge des tutelles, selon le cas.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DU VERSEMENT DES PRESTATIONS GARANTIES ?

➤ La demande de rente

La demande doit être adressée à la S.N.M.

Au titre de l'assuré

↳ **En cas de décès**, les rentes sont servies sur production des pièces et justificatifs suivants :

1. une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
2. un certificat médical adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
3. les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires.

↳ **En cas d'invalidité absolue et définitive :**

1. un certificat médical du médecin traitant de l'assuré adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. attestant de la date d'arrêt de travail, du degré d'invalidité, de la nature de l'affection et de la durée probable de celle-ci ;
2. un titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Au titre du bénéficiaire de la rente

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

1. une photocopie de la carte d'identité portant la mention " non décédé " ;
2. la carte d'invalidité en ce qui concerne les enfants dont le handicap est égal ou supérieur à 80% ;
3. copie d'une décision de la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale, en ce qui concerne les enfants âgés de moins de 20 ans dont le handicap est compris entre 50% et 80% ;
4. copie d'une décision de la C.O.T.O.R.E.P. en ce qui concerne les enfants âgés de 20 ans et plus dont le handicap est inférieur à 80% mais les empêche d'exercer une activité professionnelle ;
5. un certificat établi par le centre d'aide par le travail, l'atelier protégé ou le centre de distribution de travail à domicile, pour les handicapés exerçant une activité professionnelle en milieu protégé ;
6. toute justification attestant que le handicap est apparu avant le 25^{ème} anniversaire en ce qui concerne les handicapés adultes.

Votre enfant à charge (remplissant les conditions de versement de la rente) ou, le cas échéant, son représentant légal est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation et, spécialement, celui qui aurait pour effet de mettre fin au service de la rente.

De plus, il doit répondre à une demande annuelle de justification des conditions permettant le versement de la rente, faute de quoi celle-ci se trouve suspendue.

➤ Le versement de la rente

La date d'effet de la rente est fixée au premier jour du mois qui suivra votre décès ou la constatation de votre IAD.

La rente est payée trimestriellement et d'avance, directement au bénéficiaire si ce dernier est majeur et capable (sauf cas particuliers évoqués précédemment).

■ QUAND CESSE LE VERSEMENT DE LA RENTE ?

Si le bénéficiaire décède, le paiement cesse à compter du dernier terme échu avant le décès.

Si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution de la rente, la fin de la prestation est fixée au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions ne sont plus remplies.

RENTE DE CONJOINT

■ QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Si vous décédez avant l'âge de 65 ans, la SNM verse à votre conjoint survivant :

- une rente viagère
- et :
- une rente temporaire dès lors que votre conjoint, âgé de moins de 55 ans, ne remplit pas les conditions de service de la pension de réversion du régime général.

Si votre conjoint survivant décède (dans un délai d'un an suivant votre décès), les enfants à charge au moment du décès se voient reverser cette rente sous la forme d'une allocation d'orphelin.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

La garantie ne joue qu'à l'égard de votre conjoint survivant non remarié, à condition que vous décédiez avant l'âge de 65 ans.

Le versement du capital décès par anticipation en cas d'IAD met fin à cette garantie.

■ QUEL EST LE MONTANT DE LA RENTE ?

➤ Rente viagère

Le montant annuel initial de la rente est déterminé par la formule suivante :

$(65 - X) \times 0,20\%$ de la rémunération de référence

avec X = votre âge au jour du décès par différence de millésime.

➤ Rente temporaire

Lorsque votre conjoint ne peut prétendre immédiatement à une rente de réversion du régime général, le montant annuel initial de la rente est déterminé par la formule suivante :

$(X - 25) \times 0,20\%$ de la rémunération de référence

avec X = votre âge au jour du décès par différence de millésime.

➤ Allocation d'orphelin

Si votre conjoint survivant décède avant l'âge de 65 ans, le montant de la rente de conjoint tel que défini ci-dessus est réparti par parts égales entre les enfants à charge au moment du décès.

■ QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE ?

Le bénéficiaire de la rente, qu'elle soit viagère ou temporaire, est votre conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée à la date du décès et non remarié.

Toutefois, pour bénéficier de la rente temporaire, votre conjoint âgé de moins de 55 ans, doit remplir les conditions suivantes :

- ne pas être invalide ;
- ne pas avoir à sa charge permanente au moins 2 enfants à charge 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 de la famille.

En cas de décès de votre conjoint survivant avant 65 ans, les bénéficiaires sont vos enfants à charge au moment du décès. S'il est majeur ou mineur émancipé, la rente lui est versée directement.

Toutefois, lorsque le bénéficiaire est mineur non émancipé ou majeur placé sous un régime de protection légale, la rente est versée à son représentant légal : tuteur, gérant de tutelle ou administrateur désigné par le juge des tutelles selon le cas.

Pour les assurés dont le mariage polygame est valide, une seule rente de conjoint survivant est versée ; cette rente est répartie entre les conjoints par parts égales.

■ QUELLES SONT LES CONDITIONS ET MODALITÉS DU VERSEMENT DES PRESTATIONS GARANTIES ?

➤ La demande de rente

Les bénéficiaires doivent adresser une demande de rente à la S.N.M.

La rente est servie à compter du premier jour du mois suivant la réception de cette demande par la S.N.M.

Les rentes sont servies sur production

des pièces et justificatifs suivants :

- une pièce justifiant le décès de l'assuré sous la forme, en principe, d'un bulletin de décès ;
- un certificat médical adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de la S.N.M. indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- toute pièce justifiant le lien conjugal et, le cas échéant, la qualité d'enfant à charge ;
- les justifications utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires ;
- toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de rente.

Les bénéficiaires d'une rente de conjoint doivent notifier, dans un délai d'un mois, à la S.N.M. tout changement intervenant dans leur situation de famille ; de même, ils doivent répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

➤ Le versement de la prestation

La rente est versée trimestriellement et d'avance.

■ QUAND CESSE LE VERSEMENT DE LA RENTE ?

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

- au dernier jour du trimestre civil qui suit le décès du bénéficiaire ;
- au premier jour du trimestre civil qui suit la date de remariage ;
- du jour où le bénéficiaire de la rente temporaire ne remplit plus les conditions précédemment requises pour en bénéficier.

CHAPITRE II :
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LES COTISATIONS

■ QUELLES EST L'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 ce plafond.

Sont exclus de cette assiette : les primes, indemnités et rappels qui vous seraient versés lors de votre départ de l'entreprise ou ultérieurement.

Si vous êtes en arrêt de travail suite à une maladie ou un accident, votre employeur paiera une cotisation calculée sur la base du salaire brut qui vous a été versé à l'année.

En cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charge de toute nature, assises sur les cotisations, la S.N.M. est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

Le défaut de paiement des cotisations par votre employeur entraîne une suspension des garanties suivie, le cas échéant, de la radiation ou la résiliation du contrat sans pour autant libérer votre employeur (le souscripteur) du paiement de l'intégralité des cotisations dues.

En cas de défaut de paiement, les garanties sont suspendues et aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension des garanties.

➤ L'exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale ou d'incapacité ou invalidité permanente

En cas d'incapacité totale de travail, d'incapacité permanente ou d'invalidité permanente excédant 90 jours continus ou discontinus, par suite de maladie ou d'accident, le souscripteur est exonéré - sous réserve que vous ne perceviez plus de rémunération - du paiement des cotisations pendant la période comprise entre le 91ème jour d'incapacité et la date de cessation de celle-ci et, au plus tard, jusqu'à votre 65ème anniversaire pour l'incapacité temporaire totale ou jusqu'à votre 60ème anniversaire pour l'incapacité permanente et l'invalidité permanente.

Les garanties prévues en cas de décès (capital décès, rente de conjoint, rente éducation, rente survie) sont maintenues pendant toute la période d'exonération.

LES PRESTATIONS

■ QUELLE EST L'ASSIETTE DES PRESTATIONS ?

➤ Rémunération de référence pour le calcul des garanties indemnités journalières, incapacité et invalidité permanentes

La rémunération servant de base de calcul de ces prestations est le salaire brut fixe que vous avez perçu au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail indemnisé (dans la limite des tranches de salaires couvertes) majoré du ¼ des rémunérations variables brutes régulièrement versées et de périodicité annuelle ou inférieure.

Ne sont pas prises en compte les primes exceptionnelles ou non mensuelles.

Le total est ensuite divisé par trois pour une expression en base mensuelle.

Si vous n'avez pas cotisé trois mois au titre du présent régime, la rémunération de référence est reconstituée prorata temporis.

Si vous êtes rémunéré dans des conditions particulières, la rémunération de référence retenue est la moyenne des rémunérations brutes perçues dans les 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Les éléments de salaire n'ayant pas été soumis à cotisation au titre des présentes ne peuvent en aucun cas entrer dans le calcul de la rémunération de référence.

➤ Rémunération de référence pour les garanties décès, rente éducation, rente survie, rente de conjoint

Sont retenues les rémunérations fixes brutes ayant donné lieu à cotisations pendant le trimestre civil précédant celui au cours duquel est survenu le décès (ou la première constatation médicale de l'invalidité absolue et définitive), majorées du quart des rémunérations supplémentaires afférentes aux quatre derniers trimestres civils ayant donné lieu à cotisation.

Si vous percevez déjà des prestations au titre du présent contrat (indemnités journalières, rente), c'est la rémunération retenue

pour le calcul desdites prestations qui servira de base de calcul au capital (y compris éventuellement les revalorisations).

Si votre période d'assurance est inférieure à un trimestre, la rémunération annuelle est reconstituée à partir de la rémunération du ou des derniers mois d'activité ayant donné lieu à cotisations.

➤ Montant maximum d'indemnisation

En aucun cas, les prestations versées en application du contrat CPM 2005 ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou à toute rémunération d'une activité à temps partiel (justifiée thérapeutiquement) ou prestations de l'assurance chômage, vous permettre de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette annuelle que vous auriez perçue si vous aviez continué à travailler (hormis la majoration pour tierce personne pour la garantie invalidité ou incapacité).

➤ Prestations de Sécurité sociale

Quand le présent contrat fait référence aux prestations de la Sécurité sociale, il faut entendre les prestations versées par la Sécurité sociale avant prélèvements sociaux et fiscaux.

■ PLAFONDS DE GARANTIE

➤ Plafond par assuré

Les capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés au décès de chaque assuré sont limités à 2 530 000 euros, y compris les capitaux supplémentaires pour accident, double effet, capitaux constitutifs de rentes éducation ou de conjoint.

Les capitaux constitutifs de rentes d'invalidité sont limités à 2 450 000 euros par assuré.

➤ Plafond par événement catastrophique ⁽¹⁾

Si un même événement entraîne le décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive ou l'invalidité ou l'incapacité permanente d'au moins trois assurés dans les 12 mois de sa survenance, les engagements des coassureurs, pour l'ensemble des capitaux et capitaux constitutifs de rentes versés ou

garantis au titre de cet événement se limiteront à 15 380 000 euros.

⁽¹⁾ on entend par " événement catastrophique " une cause unique d'une durée maximale de 72 heures entraînant, au minimum, 3 sinistres à l'occasion d'un même accident.

■ REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques dues au titre du présent contrat sont revalorisées au 1er janvier de chaque année.

Cette revalorisation est égale à l'augmentation décidée par le Conseil d'administration de l'UNPMF, sur proposition de la SNM. Elle ne peut excéder la variation de la valeur du point ARRCO constatée pour l'exercice précédent.

Le financement de cette revalorisation est prélevé sur le fonds de revalorisation, créé à cet effet, garantissant les risques considérés. La revalorisation n'est due que dans les limites des sommes créditées sur celui-ci.

■ SERVICE DES PRESTATIONS

Les prestations définies dans la présente notice sont servies :

- soit directement au(x) bénéficiaire(s) ;
- soit par l'intermédiaire de votre employeur (le souscripteur) au moyen d'une demande de prestations accompagnée des justificatifs requis.

Si le paiement donne lieu à perception de frais, ils seront déduits du montant des prestations.

Il revient aux bénéficiaires de fournir les justificatifs nécessaires.

■ PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où la S.N.M. en a connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la S.N.M. a pour cause le recours d'un tiers, le délai ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans pour les opérations de couverture du risque décès lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré décédé.

■ CONTRÔLES

La S.N.M. 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 S.N.M.

■ LITIGES MÉDICAUX

En cas de contestation médicale sur l'état d'incapacité, une commission comprenant un médecin de votre choix, le médecin de la S.N.M. et un médecin choisi par les deux premiers apprécieront le cas.

Si une solution ne peut être trouvée, un des deux médecins demandera au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de votre domicile de désigner un médecin arbitre qui statuera en dernier ressort.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la S.N.M. restent à la charge de celle-ci 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.

LES GARANTIES

■ SUSPENSION DE LA GARANTIE

Les garanties sont suspendues en cas de période non rémunérée sauf si l'absence de rémunération résulte d'une maladie ou d'un accident de travail dûment reconnu par la Sécurité sociale.

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne aussi la suspension de la garantie selon les dispositions législatives applicables.

➤ Modalités de la suspension

La suspension de la garantie intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle.

La garantie reprend effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que la S.N.M. en soit informée dans le délai de trois mois suivant la reprise.

Au-delà de ce délai, la garantie ne reprendra effet qu'à partir de la réception par la S.N.M. de la déclaration de votre employeur.

➤ Effets de cette suspension

Pendant la période de suspension de la garantie, 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.

Les assurés en congé parental total d'éducation peuvent bénéficier du maintien de la garantie décès sous réserve de la souscription d'un contrat collectif par le souscripteur et du paiement par celui-ci des cotisations.

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

Les prestations immédiates ou différées, acquises ou nées sous l'empire du présent contrat ne sont pas concernées par ces dispositions, de même que les prestations à naître au titre du maintien de la garantie décès.

■ TERME DES GARANTIES

➤ Age limite

Il est déterminé par garantie.

➤ Rupture du contrat de travail

La rupture ou l'arrivée du terme du contrat de travail entraîne la cessation des garanties.

Les assurés démissionnaires, licenciés ou dont le contrat de travail est arrivé à terme ou partis à la retraite, 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 S.N.M. antérieurement à la date du licenciement, de la démission (préavis éventuel, effectué ou non, inclus), du départ en retraite ou du terme du contrat de travail.

Les prestations versées continueront à bénéficier des revalorisations jusqu'à épuisement des droits à indemnisation ou jusqu'à la résiliation du contrat.

Les garanties en cas de décès et d'I.A.D. sont maintenues si vous êtes en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité et que vos droits à prestations sont nés sous l'empire du présent contrat et ce, pendant toute la durée de l'indemnisation au titre de l'incapacité ou de l'invalidité.

➤ Résiliation du contrat d'assurance

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

Les garanties en cas de décès et d'IAD sont maintenues si vous êtes en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité et si vos droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat et ce, pendant toute la durée de cette indemnisation au titre de l'incapacité ou l'invalidité.

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.

■ EXCLUSIONS

➤ EXCLUSIONS GÉNÉRALES

LA S.N.M. PREND EN CHARGE TOUS LES RISQUES SAUF CEUX RÉULTANT :

- 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 DÉSIGNIFICATION 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 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 ;

(*) 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."

- DE LA PARTICIPATION À DES TENTATIVES DE RECORDS, ESSAIS PRÉPARATOIRES, DE RÉCEPTION D'UN ENGIN, SAUF COMPÉTITIONS SPORTIVES DE PUR AMATEURISME.

➤ EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES

A - POUR LES GARANTIES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, INVALIDITÉ, INCAPACITÉ PERMANENTES, DÉCÈS ACCIDENTELS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE, LES RISQUES RÉULTANT :

- DE 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 DÉFINI 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 MANIPULATION VOLONTAIRE D'ENGINS DE GUERRE OU D'EXPLOSIFS DONT LA DÉTENTION EST INTERDITE ;
- DE TOUT CATACLYSME TEL QUE TREMBLEMENT DE TERRE OU INONDATION ;
- DE LA PRATIQUE DES SPORTS AÉRIENS, AUTOMOBILES, MOTOCYCLISTES ET MOTONAUTIQUE À TITRE PROFESSIONNEL OU AMATEUR ET DE TOUTS LES AUTRES SPORTS À TITRE PROFESSIONNEL ;
- DE LA MATERNITÉ SAUF CAS PATHOLOGIQUE (POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE UNIQUEMENT) ET DE LA PATERNITÉ.

B - POUR LA GARANTIE DÉCÈS ET LA RENTE DE CONJOINT, LES RISQUES RÉSULTANT :

- DU SUICIDE DE L'ASSURÉ SURVENANT DANS LES 12 MOIS SUIVANT L'ADHÉSION DANS L'ASSURANCE. CE DÉLAI PEUT ÊTRE ACQUIS AU TITRE D'UN PRÉCÉDENT CONTRAT ASSURANT DES GARANTIES ÉQUIVALENTES ET DONT LE PRÉSENT CONTRAT PREND LA SUITE IMMÉDIATE ;
- DE L'HOMICIDE VOLONTAIRE DE L'ASSURÉ PAR LE BÉNÉFICIAIRE AYANT FAIT L'OBJET D'UNE CONDAMNATION PÉNALE.

C - POUR LES GARANTIES RENTE ÉDUCATION ET RENTE SURVIE, LES RISQUES RÉSULTANT :

- DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURÉ, DU SUICIDE LA PREMIÈRE ANNÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT AINSI QUE DE L'HOMICIDE OU DE LA TENTATIVE D'HOMICIDE DE LA PART DU BÉNÉFICIAIRE CONDAMNÉ AU PÉNAL.

POUR LA GARANTIE "DOUBLE EFFET" (ALLOCATION ORPHELIN ET CAPITAL ORPHELIN), LE PARENT SURVIVANT SE VOIT ÉGALEMENT APPLIQUER LES EXCLUSIONS DE RISQUES DÉFINIES CI-DESSUS.

La charge de la preuve de l'exclusion du risque incombe à la S.N.M.

DISPOSITIONS DIVERSES

■ FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

La garantie qui vous est accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la S.N.M. alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la S.N.M. qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

■ INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les assurés ainsi que toute personne pour laquelle des données à caractère personnel sont traitées par les organismes assureurs peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers des coassureurs et s'opposer à la transmission de ces informations auprès des tiers. Il exerce ce droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à la S.N.M. à l'adresse de son siège social.

DÉFINITIONS DE CERTAINES NOTIONS

■ ENFANT À CHARGE

Sont considérés comme à charge, vos enfants âgés de moins de 21 ans, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou de votre conjoint qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- ne pas exercer d'activité professionnelle ou n'exercer qu'une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC ;
- être considérés comme fiscalement à votre charge ou pour lesquels vous versez une pension alimentaire déductible de son revenu imposable ;

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.

■ 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'examen médicaux.

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale (article L 411.1 et 411.2 du code de la Sécurité sociale).

■ INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

1) D'une façon générale, par invalidité absolue et définitive, il faut entendre l'invalidité de 3ème catégorie définie à l'article L. 341-4 3ème du code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale : " Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ".

2) Si l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, elle doit donner lieu, par application de l'article L 434-2 alinéa 3 du code de la Sécurité sociale, à l'attribution par celle-ci d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne.

Seul peut être garanti l'état d'invalidité absolue et définitive reconnu par la Sécurité sociale à compter de la date d'affiliation au présent contrat de prévoyance complémentaire.



Le résumé ci-dessous vous présente les garanties souscrites au titre de votre contrat collectif ; il est indissociable de la notice d'information " Contrat CPM 2005 ".

I - GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Montant des prestations garanties :

du 91^{ème} au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail : limitée à 78% du salaire de référence défini dans la rubrique " Les prestations " de la présente notice, prestations de Sécurité sociale, de tout autre organisme de prévoyance ou versées par votre employeur incluses.

II - GARANTIE INVALIDITÉ-INCAPACITÉ PERMANENTE

1°) En cas d'invalidité permanente, prestations de Sécurité sociale incluses, les prestations sont limitées à :

	Tranche A	Tranche B
En 1 ^{ère} catégorie	47 % (*)	47 % (*)
En 2 ^{ème} catégorie	78 % (*)	78 % (*)
En 3 ^{ème} catégorie	78 % (*)	78 % (*)

(*) Du salaire de référence défini dans la rubrique " Les prestations ".

2°) En cas d'incapacité permanente reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale :

- **Taux supérieur ou égal à 66 %** : avec ou sans tierce personne, montant identique à celui versé en cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.
- **Taux compris entre 33 % et moins de 66%** : montant identique à celui versé en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie.

III - GARANTIE DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

1°) Le capital décès

SITUATION DE FAMILLE DE L'ASSURÉ	MONTANT EN % DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE (*)	
	Tranche A	Tranche B
• EN CAS DE DÉCÈS TOUTE CAUSE Capital de base	175%	415%
Majoration par enfant à charge	30%	100%
• EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL Majoration du capital de base	+ 50% du capital de base	+ 50% du capital de base
Majoration complémentaire par enfant à charge	+ 15%	+ 50%

(*) Salaire annuel de référence, limité aux tranches A et B, défini dans la rubrique " les prestations ".

2°) Capital pour orphelin (double effet)

Le montant du capital pour orphelin est égal à 50 % du capital décès de base en cas de décès toute cause y compris les majorations par enfant à charge. Ce montant est réparti

par parts égales entre les enfants restant à charge.

IV - GARANTIE RENTE EDUCATION

Montant de la prestation garantie

- Montant annuel : 9% du salaire de référence (*).
- Majoration de la rente en cas de décès du conjoint avant l'âge de 65 ans, simultané ou postérieur à celui de l'assuré (dans un délai d'un an après celui de l'assuré) : 50 % de la rente servie.

(* Salaire annuel de référence, limité aux tranches A et B, défini dans la rubrique " Les prestations ".

V - GARANTIE RENTE SURVIE

Montant annuel : 10% du salaire de référence (*) dans les limites des plafonds de garantie prévus à la présente notice et doublement de la rente si l'enfant est orphelin de père et de mère au décès de l'assuré ou lorsque le parent survivant décède avant l'âge de 65 ans (décès simultané ou postérieur à celui de l'assuré dans un délai d'un an après celui de l'assuré).

(* Salaire annuel de référence, limité aux tranches A et B, défini dans la rubrique " Les prestations ".

VI - GARANTIE RENTE DE CONJOINT

1°) Rente viagère versée au décès de l'assuré

Le montant annuel de la rente est déterminé par la formule suivante :

$(65 - X) \times 0,20\%$ du salaire de référence (*) et dans les limites des plafonds de garantie prévus à la présente notice

avec X = âge de l'assuré au jour du décès, calculé par différence de millésime.

2°) Rente temporaire versée au décès de l'assuré

Lorsque le bénéficiaire ne peut prétendre immédiatement à une rente de réversion, le montant annuel initial de la rente est déterminé par la formule suivante :

$(X - 25) \times 0,20\%$ du salaire de référence et dans les limites précitées

avec X = âge de l'assuré au jour du décès, calculé par différence de millésime.

(* Salaire annuel de référence, limité aux tranches A et B, défini dans la rubrique " Les prestations ".

3°) Allocation orphelin

En cas de décès du conjoint survivant avant l'âge de 65 ans, le montant de la rente de conjoint défini ci-dessus est réparti, par parts égales, entre les enfants à charge au moment du décès.

Pièces à fournir	IJ	invalidité Incapacité	Décès IAD	Rente éduc.	Rente survie	Rente conjnt
Demande de prestations signée par le représentant qualifié de l'employeur	•	•	•	•	•	•
Pièce justifiant du décès de l'assuré ex. : bulletin de décès ...			•			
Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle			•			
Justifications utiles de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires			•			
Pièce justifiant de la qualité d'enfant à charge et, le cas échéant, de sa situation d'orphelin			•			
Toute autre pièce ou justificatif mentionné sur le formulaire de demande de prestations	•	•	•	•	•	•
Titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne émis par la Sécurité sociale			•			
Toute pièce justifiant le lien conjugal			•			•
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale	•	•	•			
Justificatif de l'identité du bénéficiaire avec mention "non décédé" (*)			•		•	•
Justificatif de l'invalidité et du taux d'invalidité de l'enfant ainsi que de l'âge d'apparition du handicap					•	
Certificat établi par le centre de travail (CAT-AP-CTD) pour les handicapés exerçant une activité professionnelle					•	

(*) Copie du livret de famille (pages mentionnant la composition de la famille) ou toute justification utile de l'identité, qualité et adresse des bénéficiaires.

- **Pour les conjoints** : tout justificatif de vie commune.
- **Pour les enfants** :
 - en cas de divorce, copie du jugement de tutelle ;
 - un certificat de scolarité ou carte d'étudiant (enfants de moins de 21 ans) et, le cas échéant, leur adresse ;
 - une carte d'étudiant et une attestation d'inscription au régime de la Sécurité sociale des étudiants (enfants de 21 à 26 ans) et, le cas échéant, leur adresse.
- **Pour les enfants invalides** : une copie de la carte d'invalidité, de la décision de la COTOREP ou certificat établi par le centre d'aide par le travail, l'atelier protégé ou par le centre de distribution du travail à domicile.

**Annexe à votre notice d'information
portant modification de certaines stipulations notamment en application
de la loi de réforme des retraites, dite « Loi Fillon »**

Votre notice d'information est modifiée, au 1er janvier 2009, comme suit. Ces modifications interviennent notamment en application de la loi Fillon et de la circulaire de la Sécurité sociale du 30/01/09 qui décrivent les conditions applicables aux régimes à caractère collectif et obligatoire.

I. Absence de discrimination liée à l'âge du salarié.

Le caractère collectif du régime implique la suppression de toute discrimination liée à l'âge du salarié.

Sont donc supprimées les limites d'âge applicables au salarié au niveau de toutes les garanties telles que l'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Invalidité, l'Incapacité permanente, le Décès. Cette suppression s'entend aussi bien au moment de l'adhésion à la garantie, de la perception de la prestation ou de la cessation de la garantie. L'éventuelle dégressivité des capitaux décès en fonction de l'âge du salarié au moment du décès est également supprimée.

II. Évolution de la notion de conjoint

Il convient d'assimiler au « conjoint » le concubin et le partenaire de Pacs, dont les définitions sont les suivantes :

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, la dernière déclaration fiscale au même domicile, la dernière quittance de loyer , facture EDF ...).

Partenaire de Pacs : personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune. 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.

III. Adaptation de la clause bénéficiaire

En vertu des dispositions de la loi du 17 décembre 2007, les dispositions concernant la désignation des bénéficiaires en cas de décès du salarié assuré doivent être complétées par les suivantes :

« 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 l'assuré et du bénéficiaire.
– ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire qui devra être notifié par écrit à l'organisme assureur pour lui être opposable. »

Il n'est pas autrement dérogé à l'article traitant de la désignation des bénéficiaires en cas de décès.

IV. Cumul emploi / retraite

De façon à prendre en compte la possibilité donnée aux anciens salariés devenus retraités, de pouvoir exercer à nouveau une activité salariée, il est nécessaire de modifier les articles relatifs à la cessation du paiement des prestations.

Le libellé suivant : « de la date à laquelle l'assuré perçoit une pension vieillesse de la Sécurité sociale » est à remplacer par : « de la date à laquelle l'assuré perçoit une pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur ».

V. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

Lorsque la période de suspension du contrat de travail liée à une maladie, une maternité ou un accident, donne lieu à :

– maintien total ou partiel de salaire par l'employeur,
– versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Les garanties de prévoyance doivent être maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemniée par l'employeur sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, sauf cas d'exonération.

VI. Forclusion

Les stipulations relatives à la forclusion sont déclarées nulles et non avenues.

Toutefois afin de pouvoir gérer dans les meilleurs délais les dossiers de demandes de prestations, celles-ci devront être présentées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre au bénéfice des prestations.

*
*

IMPORTANT

ANNEXE III
ATTESTATION DE RECEPTION
de la note d'information
à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu une note d'information sur les garanties
prévoyance du contrat de prévoyance collective CPM 2005
souscrites par mon employeur :

auprès de la S.N.M.

A _____ Le _____

Signature :

SOCIÉTÉ NATIONALE DE LA MUTUALITÉ (S.N.M.)

inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 784 621 419
agrée pour les branches 1, 2, 20 par arrêté ministériel du 13 décembre 2002
siège social : 56/60 rue Nationale - 75649 Paris cedex 13

organisme soumis aux dispositions du livre II du code de la Mutualité

SOCIÉTÉ NATIONALE DE LA MUTUALITÉ (S.N.M.)

inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 784 621 419
agrée pour les branches 1, 2, 20 par arrêté ministériel du 13 décembre 2002
siège social : 56/60 rue Nationale - 75649 Paris cedex 13

organisme soumis aux dispositions du livre II du code de la Mutualité