



## Esprit'Prévoyance Industries Céramiques

IDCC 1558 & 1800

RETROUVEZ TOUTES LES GARANTIES  
DONT VOUS BÉNÉFICIEZ



## Vos adresses utiles

Votre CENTRE DE GESTION	
Par téléphone	<b>09 72 72 87 97</b>
Par courrier	Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre 28 039 Chartres Cedex
Par internet	<a href="http://www.plansante.com">www.plansante.com</a>

## Sommaire

<b>VOTRE CENTRE DE GESTION</b>	<b>2</b>
<b>MIEUX CONNAITRE LE CONTRAT</b>	<b>4</b>
QUELLES SONT LES GARANTIES SOUSCRITES ?	4
COMMENT PROCEDER A VOTRE AFFILIATION ?	4
QUAND VOS GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?	4
QUAND VOS GARANTIES PRENNENT-ELLES FIN ?	5
QUELLE EST L'INCIDENCE DE LA RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ENTRE VOTRE EMPLOYEUR ET MUTUELLE MIEUX-ÊTRE ?	5
<b>MIEUX VOUS PROTEGER VOUS ET LES VOTRES</b>	<b>5</b>
QUI SONT LES CONJOINTS ET ENFANTS A CHARGE ?	5
QUELLES SONT VOS PRESTATIONS GARANTIES ?	6
QUELLES SONT LES EXCLUSIONS DE GARANTIES ?	12
QUELLES SONT LES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR ?	12
1. GARANTIE CAPITAL DECES TOUTES CAUSES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	12
2. GARANTIE RENTE EDUCATION	13
3. GARANTIE RENTE DE CONJOINT	13
4. GARANTIE INVALIDITE	13
5. GARANTIE INCAPACITE DE TRAVAIL	13
QUELLE EST LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES ?	14
COMMENT SONT REGLEES VOS PRESTATIONS ?	14
LES PRESTATIONS PEUVENT-ELLES ETRE REVALORISEES ?	14
QU'EST-CE QUE LA REPRISE DE PASSIF ?	14
<b>MIEUX COMPRENDRE VOS COTISATIONS</b>	<b>16</b>
QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ET COMMENT LA PAYER ?	16
LE MONTANT DE VOTRE COTISATION PEUT-ELLE EVOLUER ?	16
<b>MIEUX CONNAITRE VOS DROITS ET OBLIGATIONS</b>	<b>16</b>
QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS ?	16
LA MUTUELLE PEUT-ELLE PROCEDER A UN CONTROLE MEDICAL ?	16
COMMENT MAINTENIR VOS GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL ?	17
COMMENT MAINTENIR VOS GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE DES DROITS AU SENS DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ?	17
PRESCRIPTION	18
INFORMATIQUE ET LIBERTES	18
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PREVENTION DE LA CORRUPTION	19
RECLAMATION	19
INDUS	20
AUTORITE DE CONTROLE	20
<b>MIEUX CONNAITRE LES SERVICES SANTE DONT VOUS BENEFICIEZ</b>	<b>20</b>
FONDS SOCIAL	20
ACTION SOCIALE	20
<b>MIEUX COMPRENDRE LES NOTIONS DE LA PREVOYANCE</b>	<b>20</b>

Votre employeur a souscrit un contrat prévoyance collectif auprès de **Mutuelle Mieux-Être, organisme recommandé** auprès des Branches professionnelles des Industries Céramiques de France et Céramiques d'art (IDCC 1558 et 1800) **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.**

Nous avons conçu cette notice pour vous aider à **mieux comprendre** vos garanties. Vous y trouverez toutes les **informations pratiques** pour être pris en charge rapidement, mais aussi pour bénéficier des **services** mis à votre disposition pour vous **simplifier la santé au quotidien.**

## Mieux connaître le contrat

### ■ Quel est l'objet du contrat de prévoyance ?

Le présent document a pour objet de décrire les conditions et les modalités des garanties couvertes par le contrat Prévoyance Industries Céramiques (IDCC 1558 & 1800) souscrit entre votre employeur et Mutuelle Mieux-Être afin de vous faire bénéficier du régime collectif à adhésion obligatoire.

Votre adhésion est obligatoire lorsque l'ensemble des critères suivants est rempli :

- Appartenir à la catégorie de personnel assurée ;
- Être affiliés à un régime obligatoire de la Sécurité sociale français.

Cette Notice d'information définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de Sinistre et précise le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le cas échéant, votre employeur vous informera des modifications apportées à vos droits et obligations avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le contrat de prévoyance est régi par la loi française. Mutuelle Mieux-Être s'engage également à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

### ■ Quelles sont les garanties souscrites ?

Le contrat **comporte les garanties suivantes, nécessairement comprises dans la « Base obligatoire » :**

- Capital décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie (« PTIA ») ;
- Double effet ;
- Allocation obsèques ;
- Rente éducation ;
- Invalidité ;
- Incapacité.

En plus des garanties énumérées ci-dessus, votre employeur peut, à titre obligatoire dans l'offre « Base obligatoire + Option(s) », souscrire indépendamment à chacune des options suivantes :

- « Capital décès » ;
- « Rente éducation » ;
- « Rente de conjoint ».

### ■ Comment procéder à votre affiliation ?

L'affiliation au contrat sera effectuée par votre employeur.

### ■ Quand vos garanties prennent-elles effet ?

Lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la garantie est effective à l'une des dates suivantes :

- A compter de la date de prise d'effet du contrat d'assurance par votre employeur, si vous appartenez à la catégorie du personnel au profit duquel la couverture prévoyance a été mise en place ;
- Ou à compter de la date à laquelle vous entrez dans la catégorie du personnel au profit duquel le contrat prévoyance a été mis en place.

En pratique, votre affiliation doit être reçue par la Mutuelle dans les trente (30) jours suivants cette date, auquel cas, vous ne pourrez bénéficier des garanties qu'à compter de la date de réception de celui-ci.

**Les prestations de ce contrat sont versées lorsque le Risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et de fin des garanties.**

## ■ Quand vos garanties prennent-elles fin ?

Vos garanties cessent à vingt-quatre (24) heures :

- Le jour où vous n'appartenez plus à la catégorie de personnel assurée mentionnée au certificat d'adhésion ;
- Le jour de la cessation de votre contrat de travail avec l'employeur, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions légales et contractuelles en matière de portabilité et de maintien des garanties ;
- Le jour de l'attribution de la pension vieillesse du régime de base ;
- Le jour de la résiliation du contrat d'assurance, sous réserve des dispositions légales et contractuelles de maintien des garanties ;
- Le jour où le maintien de vos garanties au titre de la portabilité cesse.

## ■ Quelle est l'incidence de la résiliation du contrat d'assurance entre votre employeur et Mutuelle Mieux-Être ?

### 1. Effets sur les garanties

La résiliation du contrat collectif **entraîne la fin de la couverture pour l'ensemble des salariés**. La cessation de la garantie entraîne, pour les salariés, la suppression du droit aux prestations nées postérieurement à la prise d'effet de la résiliation.

Toutefois, les garanties en cas de décès (capital décès, rente d'éducation et le cas échéant, rente de conjoint) sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité ou invalidité au titre du contrat d'assurance, et tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité en cause, par Mutuelle Mieux-Être faisant l'objet de la résiliation et ce, au niveau de prestation en vigueur au jour de la résiliation.

Les garanties en cas de décès sont maintenues :

- Jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail indemnisé pour incapacité de travail par Mutuelle Mieux-Être ;
- En cas d'invalidité indemnisée à titre complémentaire, par Mutuelle Mieux-Être ;
- Dans tous les cas, jusqu'à la date d'effet de votre liquidation de la pension vieillesse du régime de base Sécurité sociale.

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

Les exclusions de garanties s'appliquent également à la garantie « décès » maintenue en cas de résiliation du contrat.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (« PTIA ») du salarié ou de l'ancien salarié, survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat, n'entre pas dans le maintien des garanties décès ; seul le capital décès sera versé à compter de votre décès, et sous réserve de la production des pièces justificatives demandées.

### 2. Effets sur les prestations

La résiliation du contrat d'assurance est donc sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

**Mutuelle Mieux-Être reste engagée pour le versement des prestations** antérieures à la date d'effet de la résiliation, sous réserve que les pièces justificatives lui soient adressées, dans les délais prévus à l'article relatif à la *Prescription*, suivant cette même date, et dans la limite du niveau atteint avant la résiliation.

## Mieux vous protéger vous et les vôtres

### ■ Qui sont les conjoints et enfants à charge ?

#### 1. Le Conjoint

Au titre du contrat d'assurance, on entend par Conjoint à la date du fait générateur de la prestation :

- ❖ **Votre époux ou épouse** ni divorcé, ni en instance de divorce, et non séparé(e) de corps judiciairement.  
**Une personne mariée est considérée comme étant en instance de divorce après qu'elle a assigné ou a été assignée en divorce**, ou à défaut ;
- ❖ **Votre partenaire de Pacs**, c'est à dire la personne avec laquelle vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité, conformément aux articles 515-1 et suivants du code civil, ou à défaut ;

- ❖ Votre concubin notoire. Le concubinage est matérialisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple. Ce concubinage notoire, caractérisé par une communauté de vie et d'intérêts, suppose une relation stable hors mariage, connue des tiers. Le concubinage notoire devra être justifié par un certificat de concubinage ou les deux derniers avis d'imposition sur lesquels figure une résidence commune.

## 2. Les enfants à charge

Au titre du contrat d'assurance, on entend par enfant à charge, vos enfants dont la filiation est légalement établie ou enfants adoptifs, sous réserve qu'ils respectent les conditions cumulatives ci-dessous :

- ❖ D'une part :
  - Soit être mineurs ;
  - Soit être majeurs et âgés de moins de 21 ans ;
    - o S'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime de Sécurité sociale français,
    - o S'ils sont en apprentissage,
    - o S'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC.
    - o S'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits au pôle emploi, sans bénéficier d'une indemnisation à ce titre. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
  - Soit être majeurs et âgés de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
    - o Être affiliés au régime de Sécurité sociale,
    - o Suivre des études, secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
  - Soit quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.
- ❖ Et d'autre part :
 

Être fiscalement à votre charge, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies au jour de votre décès. Néanmoins, l'enfant né vivant et viable moins de trois cents (300) jours après votre décès et avec lequel la filiation est établie, est considéré comme enfant à charge.

## Quelles sont vos prestations garanties ?

### Article 1. Capital en cas de décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie est votre incapacité définitive et totale à exercer une activité professionnelle quelconque avec obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Pour ouvrir droit à cette prestation, vous devez :

- Être classé, par la Sécurité sociale, en 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité, ou s'être vu attribuer un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- Et bénéficier de la majoration pour assistance par une tierce personne.

Le décès toutes causes correspond à votre décès, quelle qu'en soit la cause.

Cette garantie donne lieu :

- En cas d'invalidité absolue et définitive, au versement par anticipation du capital décès toutes causes, à votre demande.
- En cas de décès, au versement du capital décès toutes causes au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s). S'il n'existe pas d'indication contraire au jour de votre décès, le capital est attribué selon la désignation type.

<p><b>Le versement du capital selon la désignation type des bénéficiaires</b></p>	<p>Cette désignation s'applique lorsqu'aucune désignation particulière n'est faite par le salarié, ou en cas de prédécès de tous les Bénéficiaires désignés ou si la clause bénéficiaire particulière est devenue caduque.</p> <p>Dans ce cas, le capital décès est alors versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au Conjoint du salarié, <b>non séparé de corps par jugement définitif</b> ;</li> <li>- Aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;</li> </ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aux parents du salarié, par parts égales entre eux, et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant ;</li> <li>- Aux héritiers du salarié.</li> </ul>
<p><b>Le versement du capital selon la désignation particulière des bénéficiaires</b></p>	<p>Au titre de la désignation particulière, le salarié peut désigner la ou les personne(s) Bénéficiaire(s) de son choix et en faire la déclaration à la Mutuelle. La désignation peut également faire l'objet d'un Acte sous-seing privé ou d'un Acte authentique.</p> <p>En cas de désignation particulière par Acte sous-seing privé ou par Acte authentique, le salarié doit néanmoins en informer par écrit Mutuelle Mieux-Être avant son décès.</p> <p>Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente (30) jours au moins à compter du moment où le salarié est affilié au contrat.</p> <p>Tant que le salarié est en vie, l'acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de la Mutuelle, du salarié et du bénéficiaire, soit par un Acte authentique ou un Acte sous seing privé, signé du salarié et du bénéficiaire.</p> <p><b>Dans ce cas, l'acceptation n'a d'effet à l'égard de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. La preuve de la notification de l'acceptation de la désignation de bénéficiaire incombera à la personne souhaitant s'en prévaloir.</b></p> <p>L'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions mentionnées ci-dessus. En cas d'acceptation, il est donc conseillé au salarié d'être vigilant et certain du choix opéré.</p> <p>Le salarié conserve la faculté de modifier la désignation qu'il a faite à tout moment, <b>sauf acceptation expresse du bénéficiaire.</b></p> <p><b>Toute désignation ou nouvelle désignation particulière de bénéficiaire n'est opposable à Mutuelle Mieux-Être qu'à condition d'avoir été portée à sa connaissance lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de la notification de l'acceptation de la désignation par le nouveau Bénéficiaire incombera à la personne souhaitant s'en prévaloir.</b></p> <p><b>Pour les désignations particulières de bénéficiaires, afin d'éviter tout risque d'homonymie et faciliter la recherche des Bénéficiaires désignés en cas de décès, le salarié indique pour chaque bénéficiaire toutes les précisions permettant son identification (nom, prénom, lieu et date de naissance...).</b></p>

En tout état de cause, **la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :**

- Lorsque tous les Bénéficiaires désignés au titre d'une désignation particulière décèdent avant le salarié ;
- Lorsque le salarié et tous les Bénéficiaires désignés au titre d'une désignation particulière décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Si un même événement occasionne à la fois votre décès et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes considéré comme étant décédé le dernier.

**Le paiement des prestations prévues en cas de décès met fin à l'ensemble des garanties souscrites, à l'exception des garanties double effet, des rentes éducation et de conjoint si cette dernière garantie a été souscrite par votre employeur.**

Pour connaître le montant de la garantie, veuillez-vous reporter à la grille de garanties.

## Article 2. Garantie double effet

Elle donne lieu au versement d'une prestation supplémentaire versée en cas :

- De décès simultané de votre Conjoint, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ou,
- En cas de décès de votre Conjoint postérieurement au vôtre.

Le Conjoint doit, au jour de son décès, remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgé de moins de soixante (60) ans au jour de son décès ;
- Avoir un ou plusieurs enfants à sa charge au moment de son décès et, initialement à la charge du salarié.

- En cas de décès simultané de votre conjoint :  
Ne pas être séparé de corps par un jugement définitif ou, le PACS conclu entre votre Conjoint et vous-même ne doit pas être rompu.  
**La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour de votre décès.**
- En cas de décès de votre conjoint intervenant postérieurement au vôtre :  
Le Conjoint ne doit pas être remarié, repacé.

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, **le contrat d'assurance ne doit pas être résilié à la date du décès du Conjoint et la garantie doit toujours être en vigueur.**

Les prestations sont versées par parts égales au profit du ou des enfants à charge fiscale à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre Conjoint au jour de son décès. Dans le cas où l'enfant bénéficiaire des prestations ne dispose pas de la capacité juridique, les prestations sont versées à son représentant légal.

Pour connaître le montant de la garantie, veuillez-vous reporter à la grille de garanties.

### Article 3. Allocation obsèques

Elle donne lieu au versement d'une allocation obsèques permettant le remboursement, au profit de la personne qui les a effectivement payées et dans la limite du montant figurant au sein de la grille de garanties, des dépenses affectées au financement des services et prestations funéraires suivants :

- Préparation et organisation des obsèques ;
- Hommage et présentation du défunt ;
- Déroulement et exécution des obsèques ;
- Cercueil et fournitures.

**La personne assurée au titre de cette garantie est uniquement vous-même.**

Les remboursements des frais d'obsèques ne peuvent dépasser les frais d'obsèques effectivement engagés. La facture correspondant aux frais d'obsèques doit être jointe à la demande de prestation.

### Article 4. Revalorisation post mortem et règlement du capital décès

#### 1. Règlement du capital décès

En cas de décès, la Mutuelle s'engage à verser les sommes dues dans un délai maximal de trente (30) jours, suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

Mutuelle Mieux-Être dispose d'un délai de quinze (15) jours, suivant la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du Bénéficiaire ou au terme prévu pour l'opération d'assurance, pour demander au Bénéficiaire de l'opération d'assurance de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

A réception de la totalité de ces pièces, la Mutuelle verse, dans un délai qui ne peut excéder trente (30) jours, le capital au(x) Bénéficiaire(s).

**En cas d'absence de versement du capital décès passé un délai de trente (30) jours suivants la réception des pièces par la Mutuelle**, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

Si, au-delà du délai de quinze (15) jours suivants la réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du Bénéficiaire, la Mutuelle a omis de demander au Bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de trente (30) jours de versement du capital décès et le délai continue de courir.

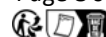
#### 2. Revalorisation post mortem

**A compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle**, le capital décès produira de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

Mutuelle Mieux-Être revalorise les prestations décès :

Notice d'information Prévoyance Industries Céramiques J613-10-2023 - Adhésion obligatoire





- Jusqu'au règlement du capital décès au(x) bénéficiaire(s) ;
- Et au plus tard jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt intervient dans le mois qui suit l'expiration d'un délai de dix (10) ans à compter de la prise de connaissance par la Mutuelle du décès de l'assuré.

#### Article 5. Garantie rente éducation

La prestation rente d'éducation permet le **versement d'une rente à chacun de vos enfants à charge**, défini à l'article *Qui sont les conjoints et enfants à charge ?*, **au jour de votre décès**, sous réserve de la production des pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

La rente est versée sans limitation de durée pour vos enfants à charge reconnus, au moment de votre décès, invalides de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

Les rentes sont versées aux enfants à charge ou à leur représentant légal. Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches de l'ouverture de ce compte étant à la charge de ladite personne morale qui s'occupe de(s) enfant(s) bénéficiaire(s).

Le montant de la rente éducation évolue avec l'âge de chaque enfant. Dans ce cas, l'augmentation est précisée dans la grille de garanties et elle intervient le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire de l'enfant. Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- Une prise d'effet le jour suivant de votre décès ;
- Le calcul prorata temporis du premier paiement ;
- Son versement à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

La rente cesse d'être versée à l'enfant :

- À la fin du trimestre civil lorsqu'il ne répond plus à la définition de l'enfant à charge déterminé à l'article *Qui sont les conjoints et enfants à charge ?* ;
- Le jour de son décès.

#### Article 6. Garantie rente de conjoint

**Si cette garantie a été souscrite par votre employeur**, la garantie rente de conjoint a pour objet le versement à votre Conjoint, en cas de votre décès :

- **D'une rente viagère** : La rente viagère est versée tant que votre Conjoint est en vie,
- **Et d'une rente temporaire** : La rente temporaire est versée, **sous réserve que votre Conjoint respecte les deux conditions suivantes au jour de votre décès** :
  - Être âgé de moins de cinquante-cinq (55) ans et ;
  - Ne percevoir aucune pension de réversion.

Votre Conjoint devra être en mesure de justifier de sa situation à tout moment à la demande de Mutuelle Mieux-Être.

Les conditions de règlement des rentes viagères et temporaires prévoient :

- Une prise d'effet le jour suivant votre décès ;
- Un versement à terme échu à la fin de chaque trimestre civil ;
- Le calcul au prorata temporis du premier paiement ;
- Une cessation de versement de la rente à la fin du trimestre civil donnant lieu à la cessation du droit à rente.

Les rentes cessent d'être versées en cas :

- De changement de situation familiale (remariage, PACS) de votre Conjoint ;
- Au jour du décès de votre Conjoint ;
- Et en tout état de cause, pour la rente temporaire, au jour des cinquante-cinq (55) ans de votre Conjoint et/ou lorsque celui-ci perçoit une pension de réversion.

#### Article 7. Garantie Invalidité permanente

La garantie invalidité a pour objet le versement d'une rente complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale en cas d'invalidité du salarié. L'invalidité peut résulter d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou privée.

A ce titre, vous devez bénéficier d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale que l'invalidité soit d'origine :

- **Non professionnelle**, lorsque vous remplissez les critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L. 341-1 du Code de la Sécurité sociale (correspond aux 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité définies dans le tableau ci-après).

Invalidité d'origine non professionnelle
Assimilée à la <b>1<sup>ère</sup> catégorie</b> par l'assurance maladie : Personne capable d'exercer une activité rémunérée
Assimilée à la <b>2<sup>ème</sup> catégorie</b> par l'assurance maladie : Personne ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle
Assimilée à la <b>3<sup>ème</sup> catégorie</b> par l'assurance maladie : Personne ne pouvant plus exercer d'activité professionnelle et qui doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne dans les gestes essentiels de la vie courante

- **Professionnelle**, lorsque la Sécurité sociale vous attribue un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33 % selon la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé en fonction de votre catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente, sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale et hors majoration pour tierce personne.

Le montant de la rente est prévu dans la grille de garanties.

En cas de reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, vous percevez les prestations prévues au titre d'une invalidité d'origine non professionnelle de 2<sup>ème</sup> catégorie sous réserve que le taux d'incapacité permanente soit au moins égal à 66%.

Si le taux est, ou devient, supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, le montant de la rente est affecté du coefficient minorant  $3n/2$  (n étant le taux d'incapacité permanente).

**Dès lors que l'invalidité d'origine non professionnelle n'est plus reconnue, au minimum, à la 1<sup>ère</sup> catégorie ou que le taux d'incapacité permanente professionnel est inférieur à 33%, le versement de votre rente est suspendu.**

**Le montant de la rente d'invalidité s'entend sous déduction des contributions sociales obligatoires à la charge du salarié et le cas échéant du prélèvement à la source.**

**En aucun cas, les prestations versées en application du contrat ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature qui sont servies par la Sécurité sociale, par votre employeur ou tout autre organisme ou entreprise, vous permettre de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette que vous perceviez à la date de votre arrêt de travail.**

**Votre rémunération nette perçue avant votre arrêt de travail, prise en compte pour le calcul de ses droits à prestations, sera revalorisée dans les conditions prévues à l'article intitulé « Les prestations peuvent-elles être revalorisées ? » de la présente notice d'information.**

**La rente d'invalidité versée par Mutuelle Mieux-Être pourra, le cas échéant, être réduite en conséquence lorsque cette limite est dépassée.**

Cette rente est payée chaque mois à terme échu dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale.

La rente d'invalidité prend fin :

- Dès que vous cessez de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- A la date d'attribution de la pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- En cas d'expertise médicale si votre état de santé ne correspond pas à l'état d'Invalidité ;
- En cas de refus de votre part de procéder à l'expertise médicale diligentée par Mutuelle Mieux-Être ;
- Au jour de votre décès.

**Si, du fait de l'évolution de votre affection, vous changez de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat ou de la garantie, le montant de la rente est adapté en conséquence.**

### Article 8. Garantie incapacité temporaire de travail

L'incapacité temporaire est une impossibilité d'exercer son activité professionnelle. Elle est constatée par un médecin traitant et, est consécutive à une maladie, un Accident ou une maladie professionnelle.

En cas d'atteinte d'une incapacité temporaire de travail médicalement constatée, par suite de maladie ou d'Accident, vous bénéficiez du versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues dans la grille de garanties, **sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.**

Si vous avez plus d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, la Mutuelle intervient en complément puis relais des obligations conventionnelles de maintien de salaire. Si vous avez moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin de la période de Franchise continue mentionnée dans la grille de garanties. Dans ce cas, **la Franchise est décomptée à partir du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.**

**La Franchise continue correspond à un nombre de jours consécutifs d'arrêt au-delà duquel la Mutuelle verse la prestation. Le délai d'intervention du contrat est comptabilisé distinctement par arrêt de travail.**

L'indemnité journalière est versée uniquement si vous percevez des indemnités journalières de la Sécurité sociale et sous déduction des obligations conventionnelles patronales.

Le montant de l'indemnité journalière s'entend sous déduction de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale, **et sous déduction des contributions sociales obligatoires si le contrat de travail du salarié est rompu et le cas échéant du prélèvement à la source.**

Ce montant est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations annuelles divisée par 365.

Lorsque vous êtes autorisé à exercer une activité partielle, Mutuelle Mieux-Être poursuit le versement des prestations après déduction :

- De votre salaire brut perçu au titre de votre activité partielle ;
- Des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ;
- Et de toutes autres ressources (ex : indemnités payées par le régime Pôle Emploi ou par un organisme de prévoyance ...).

**En aucun cas, les prestations versées en application du contrat d'assurance ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature qui sont servies par la Sécurité sociale, par votre employeur ou tout autre organisme, vous permettre de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette que vous aurez perçue en continuant de travailler. Le montant des indemnités journalières versées par Mutuelle Mieux-Être pourra, le cas échéant, être réduit en conséquence lorsque cette limite est dépassée.**

À réception du décompte de la Sécurité sociale, les prestations sont versées à votre employeur tant que votre contrat de travail est en vigueur. Après la rupture de votre contrat de travail, Mutuelle Mieux-Être vous verse les prestations directement après déduction des contributions sociales obligatoires (CGS, CRDS, ...) et le cas échéant du prélèvement à la source.

Mutuelle Mieux-Être cesse le versement des indemnités journalières :

- Le jour où la Sécurité sociale cesse de vous verser des indemnités journalières ;
- A la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ;
- A la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique d'exercer sa profession ;
- En cas de refus de votre part de procéder à l'expertise médicale diligentée par Mutuelle Mieux-Être.
- Au jour de votre décès.

### 1. Cas particulier des rechutes

Est considéré comme une rechute, tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou un Accident, intervenant après une reprise de travail et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- L'arrêt de travail doit survenir dans un délai maximal de soixante (60) jours suivants la reprise du travail ;
- Il doit avoir pour origine une cause (maladie ou Accident, d'origine professionnelle ou privée) identique à l'arrêt précédent ;
- Il doit avoir donné lieu à une prise en charge par la Mutuelle, sous forme d'indemnités journalières ;
- Le contrat d'assurance doit être en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

En cas de rechute, aucune Franchise n'est applicable, et les prestations servies au titre de la nouvelle période d'arrêt de travail sont calculées en utilisant le traitement de base retenu pour l'arrêt précédent.

### 2. Cas particulier de la reprise d'activité

Si vous reprenez votre activité professionnelle dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, tout en continuant de percevoir des prestations de la Sécurité sociale, Mutuelle Mieux-Être poursuivra le versement des indemnités au titre de la garantie Incapacité

de travail mais sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et du salaire perçu par vous et toute(s) autre(s) ressource(s) (ex : indemnité payées par le régime Pôle Emploi ou par un organisme de prévoyance...) sur la période considérée.

Dans ce cas le cumul des prestations versées par Mutuelle Mieux-Être, par le Régime obligatoire et le salaire perçu par vous ne pourra avoir pour effet de vous procurer un revenu de remplacement supérieur au montant de la rémunération nette que vous aurez perçue en reprenant votre activité à temps complet.

## Quelles sont les exclusions de garanties ?

### 1. Exclusions communes à toutes les garanties sauf la garantie allocation obsèques

Sont exclus, les Sinistres résultant de :

- Accidents ou maladies pour lesquels le salarié a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat. Toutefois sont pris en charge les Sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie ;
- Sauf reprise de passif, les maladies ou Accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la Date de prise d'effet des garanties ;
- De la prise de stupéfiant ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- Manipulations d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, sauf si utilisés dans le cadre de la profession déclarée à la Mutuelle et acceptée par elle ;
- Conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres. Ces effets sont pris en charge en cas de fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans l'utilisation lorsque le salarié est le patient ;
- Déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères pour des raisons professionnelles ou personnelles.

### 2. Exclusions relatives aux garanties décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclus, les Sinistres résultant de :

- Guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, actes de terrorisme, délits ou rixes, sauf si le salarié n'a pas de participation active à l'un de ces événements et si en cas de légitime défense, ou en cas d'assistance à personne en danger, ou dans le cadre de la profession si celle-ci a été déclarée à l'Organisme assureur et acceptée par lui.
- Accidents résultant de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique (conformément à la définition officielle émise par l'INRS (Institut nationale de recherche et de sécurité) au moment du sinistre).

Est exclu de la garantie PTIA, le fait intentionnel du bénéficiaire ou du salarié.

## Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?

### 1. Garantie capital décès toutes causes ou perte totale et irréversible d'autonomie

Documents justificatifs	Pour les garanties en cas de décès	Pour les garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie
Acte de décès	✓	
Copie de la carte d'identité du Membre participant	✓	✓
Copie de la carte d'identité de chaque Bénéficiaire	✓	✓
Acte de naissance de moins de trois (3) mois du Bénéficiaire	✓	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin-conseil de la Mutuelle sous pli confidentiel)	✓	
Copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie <sup>(1)</sup>	✓	✓
Demande écrite du Membre participant ou de son représentant légal		✓
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 <sup>e</sup> catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 66% faisant apparaître l'allocation pour la tierce personne		✓
Copie intégrale de l'acte de naissance du Membre participant	✓	✓
Photocopie du ou des livrets de famille	✓	
Une attestation du Conjoint de non-séparation de corps passé par jugement	✓	
Certificat de concubinage ou les deux derniers avis d'imposition sur lesquels figure une résidence commune	✓	

Copie des bulletins de salaire des douze mois précédant le décès (ou l'arrêt de travail en cas de perte d'autonomie ou si le décès est survenu après un arrêt de travail)	✓	✓
Certificat de scolarité <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>	✓	✓
Copie du contrat de formation en apprentissage <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>	✓	✓
Copie des fiches de paies attestant d'une activité professionnelle de l'enfant à charge	✓	✓
Attestation du paiement des Allocations pour Adulte Handicapé (AAH) <sup>(3)</sup>	✓	✓
Attestation de paiement des Allocations d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) <sup>(3)</sup>	✓	✓
Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu du Membre participant	✓	✓
Copie du dernier avis d'imposition du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin	✓	✓

<sup>(1)</sup> Lorsque la cause du décès n'est pas indiquée comme naturelle dans le certificat médical.

<sup>(2)</sup> Documents à remettre à la date d'ouverture du dossier et annuellement lorsque les prestations de rente d'éducation sont versées.

<sup>(3)</sup> Documents à fournir à la date d'ouverture du dossier pour les garanties dont les prestations sont destinées aux enfants à charge du Membre participant.

## 2. Garantie rente éducation

Chaque année, en septembre, les enfants ou leur représentant légal devront remettre à la Mutuelle les documents permettant de justifier que l'enfant continue d'ouvrir droit aux prestations.

A défaut de remise des justificatifs, **les garanties seront suspendues** le trente (30) Septembre de l'année en cours (N).

## 3. Garantie rente de conjoint

**Si cette garantie a été souscrite par votre employeur :** Chaque année, le Conjoint devra remettre à la Mutuelle les documents permettant de justifier qu'il continue d'ouvrir droit aux prestations. Il est nécessaire de fournir un acte de naissance de moins de trois (3) mois du Conjoint et une attestation sur l'honneur de non-remariage, et le cas échéant l'avis d'imposition.

A défaut de remise des justificatifs, **les garanties seront suspendues**.

## 4. Garantie invalidité

Pièces justificatives	Périodicité pour l'envoi des pièces justificatives		
	A l'origine de l'invalidité	Chaque mois	Chaque année
Notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits	✓		
Justificatif du paiement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale	✓	✓ <sup>(1)</sup>	✓
Attestation sur l'honneur dûment complétée par le Membre participant de non-activité professionnelle ou justificatif des salaires perçus	✓		✓
Justificatif des salaires perçus (copie des bulletins de salaire)	✓	✓ <sup>(1)</sup>	
Justificatif de toute autre ressource versée par un organisme ou une entreprise (ex : Pôle Emploi...)	✓	✓	✓
Photocopie d'une pièce d'identité, à défaut extrait d'acte de naissance	✓		
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficiaire d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS	✓		✓
Relevé d'identité bancaire du destinataire pour le versement de rente	✓		

<sup>(1)</sup> Dans le cas d'une invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie ou d'une incapacité permanente inférieure comprise entre 33 % et 65 % inclus.

Pour l'ensemble des garanties mentionnées ci-dessus, la Mutuelle peut être amenée à demander des documents complémentaires nécessaires à l'instruction des dossiers.

## 5. Garantie incapacité de travail

Pièces justificatives	Périodicité pour l'envoi des pièces Justificatives	
	A l'origine de l'incapacité	En cours de versement
Déclaration d'arrêt de travail initial complétée par le Souscripteur	✓	
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	✓	✓
Avis de prolongation d'arrêt de travail		✓
Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation	✓	✓

Copie des bulletins de salaire des douze (12) mois civils précédant la date de l'arrêt de travail	✓	
En cas de mi-temps thérapeutique, justificatifs des salaires perçus	✓	✓
Justificatif de toute autre ressource versée par un organisme ou une entreprise (ex : Pôle Emploi...)	✓	✓
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail, la date de la 1ère constatation et la durée prévisible de l'incapacité de travail.		✓
En cas de rechute : un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis	✓	

## Quelle est la base de calcul des prestations garanties ?

Le montant des garanties est calculé en pourcentage du salaire annuel de référence.

Le salaire annuel de référence représente le total des rémunérations brutes perçues au cours des douze (12) mois précédant l'événement ouvrant droit à prestation. Il est calculé en tenant compte de tous les éléments contractuels du salaire soumis à cotisation limité aux tranches 1 et 2 des rémunérations.

Par tranche 1, il convient d'entendre le salaire de référence compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Par tranche 2, il convient d'entendre le salaire de référence compris entre plus d'1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Toutefois, si vous vous trouviez en arrêt de travail au moment de votre décès et perceviez à ce titre des prestations de la Sécurité sociale, les douze (12) mois retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.

Si moins de douze (12) mois se sont écoulés entre la date d'effet du contrat d'assurance et la date de l'événement ouvrant droit à prestation, la base de calcul des prestations est égale au montant des salaires bruts des douze (12) derniers mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestation.

Dans le cas où vous disposiez d'un contrat de travail de moins de douze (12) mois, le salaire annuel brut est reconstitué sur une base annuelle.

Lorsqu'au cours de l'exercice de référence se situe une période d'arrêt de travail pour maladie, Accident ou en raison d'un congé de maternité ou de paternité, le salaire de base pris en compte est celui qui aurait été perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt.

## Comment sont réglées vos prestations ?

Les prestations sont versées lorsqu'un Risque garanti par le contrat se réalise pendant la période de couverture et sous réserve de l'application des exclusions prévues au contrat.

Le montant des prestations est indiqué dans la grille de garanties.

L'ouverture du droit aux prestations est subordonnée à la déclaration du sinistre par votre employeur, ou par vous en cas de portabilité des droits (ou de vos bénéficiaires en cas de décès) ainsi que des pièces justificatives demandées. Avant ou pendant le paiement des prestations, Mutuelle Mieux-Être peut, afin d'éclairer sa décision, demander la production de toutes nouvelles pièces justificatives utiles ou solliciter des formalités médicales complémentaires.

## Les prestations peuvent-elles être revalorisées ?

**Les taux de revalorisation des prestations applicables sont fixés annuellement par le Conseil d'Administration.**

Les prestations périodiques qui sont servies sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes (d'invalidité, d'éducation, de conjoint) bénéficient d'une revalorisation qui prend effet à compter du 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date de votre arrêt de travail ou décès, puis tous les ans à la même date sur la base du taux de revalorisation en vigueur.

En cas de décès (ou PTIA) précédé d'un arrêt de travail, la base de calcul des prestations décès est revalorisée dès le 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date de l'arrêt de travail.

**En cas de résiliation du contrat de prévoyance, les prestations continuent d'être versées au niveau atteint à la date de cette résiliation. De même, le salaire de base servant au calcul du capital décès est celui en vigueur à la date de résiliation.**

## Qu'est-ce que la reprise de passif ?

### 1. Stipulations générales

Seules seront couvertes au titre de la reprise de passif, les personnes dont le nom figure sur la liste communiquée par l'entreprise incluse dans le Bulletin d'Adhésion. Cette liste mentionne les salariés en arrêt de travail ou en réduction d'horaire pour raison de santé à la date d'effet du contrat.

**En cas de résiliation du contrat, le niveau de revalorisation est maintenu au niveau atteint à la date de résiliation.**

## 2. Cas de reprise de passif

Il convient de distinguer les cas suivants :

**Cas 1 :** *Le Risque était couvert précédemment, au titre d'un contrat de même nature, par un autre organisme assureur avec des garanties de même niveau*

- **Votre contrat de travail est en cours à la Date d'effet du présent contrat d'assurance :**  
Mutuelle Mieux-Être prend en charge **la revalorisation des prestations incapacité de travail et invalidité**, indemnisées par le précédent assureur, en cours à la Date d'effet du contrat.  
Cette prise en charge intervient à compter du 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'affiliation au contrat, puis tous les ans à la même date sur la base du taux de revalorisation en vigueur.  
Mutuelle Mieux-Être prend en charge **la revalorisation du salaire de base pour les garanties décès**. Le salaire de base est revalorisé à compter du 366<sup>ème</sup> jour d'affiliation.
- **Votre contrat de travail est rompu à la date d'effet du présent contrat d'assurance :**  
**Mutuelle Mieux Être prend en charge** la revalorisation des prestations arrêt de travail, indemnisées par le précédent assureur, en cours à la date d'effet du contrat.

Mutuelle Mieux-Être prend également en charge la revalorisation des prestations rente éducation et rente de conjoint indemnisées par le précédent organisme assureur en cours à la Date d'effet du contrat. Cette prise en charge intervient à compter du 366<sup>ème</sup> jour qui suit la Date d'effet du contrat, puis tous les ans à la même date sur la base du taux de revalorisation en vigueur.

**Cas 2 :** *Le Risque était couvert précédemment, au titre d'un contrat de même nature, par un autre organisme assureur avec des garanties décès inférieures*

- **Votre contrat de travail est en cours à la Date d'effet du présent contrat d'assurance.**  
Mutuelle Mieux-Être prend en charge **la revalorisation des prestations incapacité de travail et invalidité**, indemnisées par le précédent assureur, en cours à la Date d'effet du contrat.  
Cette prise en charge interviendra à compter du 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'affiliation au contrat puis tous les ans à la même date sur la base du taux de revalorisation en vigueur.  
Mutuelle Mieux-Être prend en charge **la revalorisation du salaire de base pour les garanties décès**. Le salaire de base est revalorisé à compter du 366<sup>ème</sup> jour d'affiliation.

Par ailleurs, en cas de décès, **Mutuelle Mieux-Être prend en charge le différentiel de garanties et/ou les nouvelles garanties décès non présentes chez l'organisme assureur précédent**. Le montant des éventuelles prestations décès garanties par l'organisme assureur précédent est déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

- **Votre contrat de travail est rompu à la date d'effet du présent contrat d'assurance.**  
**Mutuelle Mieux Être prend en charge** la revalorisation des prestations arrêt de travail, indemnisées par le précédent assureur, en cours à la date d'effet du contrat.

Mutuelle Mieux-Être prend également en charge la revalorisation des prestations rente éducation et rente de conjoint indemnisées par le précédent organisme assureur en cours à la Date d'effet du contrat. Cette prise en charge intervient à compter du 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'affiliation au contrat, puis tous les ans à la même date sur la base du taux de revalorisation en vigueur.

**Cas 3 :** *Le Risque n'était pas couvert précédemment, au titre d'un contrat de même nature, par un autre organisme assureur*

Mutuelle Mieux-Être prend en charge les garanties décès des personnes en incapacité de travail ou invalidité dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet du contrat.

Par ailleurs, la **Mutuelle prend en charge pour les Membres participants en arrêt de travail** les prestations incapacité de travail et/ou invalidité à la Date d'effet du contrat moyennant le paiement par l'entreprise souscriptrice d'une prime unique. Le montant de cette prime unique correspond à la provision mathématique à constituer pour couvrir le fait générateur déjà réalisé mais non couvert. Les éléments pris en compte pour déterminer le montant de la prime unique sont la date de naissance du Membre participant, la nature de l'arrêt ainsi que sa date de survenance et enfin le salaire du Membre participant à la date du calcul de la prime unique.

## 3. Cas particulier du mi-temps thérapeutique

*Cas particulier des salariés exerçant une activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé*

Lorsque vous exercez une activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé à la Date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée, les stipulations des cas 1, 2 et 3 s'appliquent. Les prestations sont alors calculées sur la base d'un salaire tenant compte de votre activité professionnelle partielle.

Toutefois en présence de prestations versées par un organisme assureur précédent, le salaire de base retenu est le salaire de base reconstitué sur la base de votre activité à temps plein. Les prestations versées par l'organisme assureur précédent viennent alors en déduction des prestations prévues versées au titre du présent contrat.

En tout état de cause, **en cas de reprise d'activité à temps plein sans réduction d'horaire pour raison de santé**, le salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du contrat.

## Mieux comprendre vos cotisations

### ■ Quel est le montant de votre cotisation et comment la payer ?

Les cotisations de prévoyance sont calculées sur le salaire brut plafonné à la Tranche 2 servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale.

Si vous percevez un revenu de remplacement versé par votre employeur en cas notamment d'activité partielle, activité partielle de longue durée, congé rémunéré (reclassement, mobilité...) et êtes bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien de garanties au titre de l'article *Comment maintenir vos garanties en cas de suspension de votre contrat de travail ?*, le salaire servant de base au calcul des cotisations est constitué de ce revenu de remplacement versé par votre employeur, durant la période de maintien des garanties.

Celle-ci inclut tous les salaires, même partiels, versés aux salariés qu'ils soient ou non en arrêt de travail. Cette base de calcul prend en compte une ou plusieurs tranches de salaire figurant **sur la grille de garanties** :

- La tranche 1 : partie du salaire brut inférieure au plafond annuel de la Sécurité sociale
- La tranche 2 : partie du salaire brut comprise entre un et huit plafonds annuels de la Sécurité sociale

Votre employeur est responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de Mutuelle Mieux-Être. La quote-part de votre cotisation se fera via un prélèvement de votre salaire.

### ■ Le montant de votre cotisation peut-elle évoluer ?

Le niveau des cotisations est fixé par la Convention Collective des Branches professionnelles des Industries Céramiques de France et Céramiques d'art et ses avenants, le cas échéant.

Le taux de la cotisation pourra être réévalué, lors de chaque renouvellement annuel du contrat, fixé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en fonction des résultats techniques mutualisés pour l'ensemble des contrats souscrits.

Le taux des cotisations peut également, sous certaines conditions communiquées à votre employeur, être révisé en cours d'année (exemple : en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires).

## Mieux connaître vos droits et obligations

### ■ Quelles sont vos obligations ?

Vous vous engagez à :

1. **Informer** Mutuelle Mieux-Être de toute demande de prestations faisant suite à un **Accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers**, Mutuelle Mieux-Être étant subrogée de plein droit aux Bénéficiaires des prestations victimes d'un Accident dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées ;
2. **Déclarer** votre Sinistre à votre employeur ;
3. **Communiquer** à la Mutuelle toute pièce justificative nécessaire à l'étude de votre dossier ;
4. **Déclarer** à Mutuelle Mieux-Être vos ressources en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ;
5. **Accepter** de vous soumettre, le cas échéant, à toute visite médicale ;
6. **Informer** Mutuelle Mieux-Être de la cessation de vos droits à l'assurance chômage, lorsque vous bénéficiez du maintien de votre garantie au titre de la portabilité.

### ■ La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical ?

Mutuelle Mieux-Être peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous communiquez.



En cas d'Accident ou de maladie vous atteignant hors de France, vous êtes tenu de faire élection de domicile en France métropolitaine et départements d'outre-mer (DOM) pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'accusé de réception.

Mutuelle Mieux-Être peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment.

Les conclusions de l'expertise médicale vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire Mutuelle Mieux-Être à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale.

Si vous souhaitez contester la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par Mutuelle Mieux-Être, vous avez la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de votre choix. En cas de divergence entre le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et celui que vous avez choisi, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales.

Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert judiciaire.

### ■ Comment maintenir vos garanties en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Si votre contrat de travail est suspendu et que vous bénéficiez :

- D'une indemnisation sous la forme d'un maintien de salaire (total ou partiel) par votre employeur ;
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par lui ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- Ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur.

alors vous bénéficiez d'un maintien de garantie jusqu'à la date de reprise d'activité ou jusqu'à la date de prise d'effet de la retraite du régime de base.

Dans ce cas, votre employeur et vous-même êtes tenus de vous acquitter de vos parts respectives de la cotisation durant la période de suspension du contrat de travail.

**Lorsque la suspension du contrat est non indemnisée, les garanties sont suspendues.**

### ■ Comment maintenir vos garanties au titre de la portabilité des droits au sens de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ?

Mutuelle Mieux-Être maintient, au titre de la portabilité des droits, les garanties des anciens salariés du Souscripteur dont le contrat de travail est rompu, sauf lorsque cette rupture est consécutive à un licenciement pour faute lourde.

Les anciens salariés doivent avoir ouvert leurs droits à la couverture, au titre du présent contrat, avant la rupture de leur contrat de travail et justifier de l'ouverture des droits à l'assurance chômage.

Les prestations versées aux salariés en arrêt de travail avant la rupture de leur contrat de travail ne se cumulent pas avec celles dont ils peuvent bénéficier au titre du maintien des garanties prévoyance à la suite de leur rupture de contrat de travail. L'ensemble des indemnités journalières perçues par l'ancien salarié notamment par le biais des régimes obligatoires, complémentaires et au titre des garanties du présent contrat dont il bénéficie, ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

La portabilité est octroyée pour une durée maximale de douze (12) mois, dans la limite de la durée du ou des derniers contrats de travail consécutifs conclus avec votre employeur. Cette durée est appréciée en mois, dès le premier mois, et le cas échéant arrondie au nombre supérieur. Les garanties de l'ancien salarié maintenu au titre de la portabilité suivront celles de l'entreprise et cesseront automatiquement à la fin des droits du salarié au maintien des garanties et/ou à la date de la résiliation du présent contrat.

**Les droits à portabilité cessent :**

- **Au terme de la durée du maintien ;**

- A la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus de l'ouverture de ses droits à l'Assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- A la Date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance de l'employeur.

Le service des prestations en cas de Sinistre est conditionné à la justification par l'ancien salarié de l'ouverture de ses droits par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Le coût du maintien des garanties pour les anciens salariés est mutualisé. Dès lors aucune cotisation ne sera due par les anciens salariés au titre des garanties maintenues. Néanmoins, tout délai de Franchise lié à la garantie reste applicable.

Les prestations dont bénéficie l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Cependant, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié par le biais des régimes obligatoires, complémentaires et au titre du contrat de Prévoyance ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

## ■ Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites en principe par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où Mutuelle Mieux-Être en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du Risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Quand l'action de l'Assuré contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

Pour les garanties en cas de décès, la prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit du Membre participant décédé.

Toutefois, pour la garantie décès, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

La prescription peut être interrompue par :

- Une demande en justice ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ;
- Un acte d'exécution forcée ;
- La désignation d'experts à la suite d'un Sinistre ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

## ■ Informatique et libertés

Toutes les données relatives aux Assurés constituent des informations à caractère personnel et, à ce titre, leur collecte, traitement et sécurité sont réglementés par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Les données à caractère personnel qui sont collectées auprès des Assurés sont destinées à Mutuelle Mieux-Être en tant que responsable du traitement. Elles sont traitées au sein de l'Union européenne.

La collecte de ces données est nécessaire à la gestion des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par Mutuelle Mieux-Être de son devoir de conseil. Elles pourront, le cas échéant, être communiquées au(x) délégataire(s) de gestion, au réassureur, à l'assistant, à nos réseaux de soins partenaires, et à la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP) dont est membre la Mutuelle.

Elles pourront également être transmises aux autorités compétentes en matière fiscale, sociale, contrats en déshérence, fraude et lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, conformément à la réglementation en vigueur. De plus, sous réserve du consentement exprès des Assurés, les données personnelles pourront être utilisées par la SARL Mieux-Être ou Mutuelle Mieux-Être pour leur proposer des offres d'assurance adaptées à leurs besoins. Les données de santé des Assurés, ne sont utilisées uniquement à des fins de gestion de leurs prestations, à l'exclusion de tout autre traitement.

Conformément à la réglementation applicable précitée, les personnes concernées peuvent s'opposer à toute prospection et exploitation commerciales de leurs données à caractère personnel en sollicitant le délégué à la protection des données à l'adresse ci-dessous.

Par ailleurs, les personnes concernées disposent également de droits aux informations les concernant, détenues par Mutuelle Mieux-Être ou ses partenaires commerciaux et institutionnels. Les droits sont les suivants :

- D'accès : permettant à l'Assuré d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées par la Mutuelle en tant que responsable de traitement ;
- A la rectification : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle la rectification des données à caractère personnel le concernant ;
- A l'oubli : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle l'effacement de données à caractère personnel le concernant ;
- A la limitation du traitement : permettant à l'Assuré, dans certaines circonstances, d'obtenir de la Mutuelle la limitation du traitement de ses données à caractère personnel ;
- A la portabilité de ses données à caractère personnel : permettant à l'Assuré de demander à la Mutuelle de récupérer ses données à caractère personnel avec la possibilité, si elle le souhaite, que celles-ci soient transmises directement à un autre responsable de traitement ;
- D'opposition : permettant à l'Assuré de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel.

Pour réaliser l'un ou plusieurs de ces droits, il convient d'adresser un courriel à l'adresse [dpo@mieux-etre.fr](mailto:dpo@mieux-etre.fr) ou en écrivant à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la protection des données - Mutuelle Mieux-Être - 171 avenue Ledru-Rollin - 75544 Paris cedex 11, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues aux articles 84 et suivants de la loi du 6 janvier 1978.

Les données collectées sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes physiques pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles ces données sont collectées et traitées, sauf disposition contraire du droit de l'Union européenne ou du droit français.

Conformément à la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, le Membre participant a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel ». L'inscription doit être faite par le Membre participant lui-même, en se rendant sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Le cas échéant, il ne pourra plus faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique.

## **Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption**

Mutuelle Mieux-Être doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à vous demander, et aux Bénéficiaires des garanties, la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée. En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

## **Réclamation**

Vous avez la possibilité de formuler une réclamation par courriel à [reclamations@mieux-etre.fr](mailto:reclamations@mieux-etre.fr) ou en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Être la plus proche de votre lieu de résidence dont la liste est disponible sur le site internet [www.mieux-etre.fr](http://www.mieux-etre.fr), ou en écrivant à :

Mutuelle Mieux-Être  
Service réclamation

171 avenue Ledru-Rollin  
75544 Paris cedex 11

Dans l'hypothèse où à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste, vous avez la possibilité, sans préjudice du droit d'agir en justice, de saisir le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, qui exerce sa mission en toute indépendance, directement sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou en adressant un courrier à l'adresse suivante :

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)  
À l'attention du Médiateur de la Mutualité Française  
255 rue de Vaugirard  
75719 Paris Cedex 15

L'utilisation des procédures susmentionnées n'exclut pas la possibilité de former un recours judiciaire à tout moment.

### Indus

Vous, ou vos Bénéficiaires, restez redevable des sommes versées à tort par la Mutuelle, notamment en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude.

### Autorité de contrôle

Mutuelle Mieux-Être est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

## Mieux connaître les services santé dont vous bénéficiez

### Fonds social

La vocation d'une mutuelle est avant tout d'être proche des personnes qu'elle couvre, dans les bons, comme dans les mauvais moments. Cet esprit qui caractérise Mutuelle Mieux-Être se reflète notamment au travers de son fonds social. Géré par une commission ad hoc, il permet d'allouer une aide financière aux adhérents rencontrant des difficultés liées à des aléas de santé. Pour toute demande, contactez votre agence Mutuelle Mieux-Être la plus proche : <https://www.mieux-etre.fr/agences/>.

### Action sociale

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « Prévoyance », l'accord collectif institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, et ce, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

Dans le cadre de ses missions, la Commission Paritaire Permanente de Négociation, d'Interprétation et de conciliation (CPPNIC) déterminera les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, **ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement et disponibles**.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux stipulations de l'accord du 05 Mai 2023, à 2 % hors taxes de la cotisation due par le Souscripteur au titre du régime de prévoyance « décès, invalidité, incapacité ».

## Mieux comprendre les notions de la prévoyance

**Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par le Membre participant, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

**Acte sous seing privé** : Convention écrite établie (sur papier ou support électronique) par les parties elles-mêmes sous leur seule signature sans l'intervention d'un officier public. Pour être valable et faire foi entre les parties, l'Acte sous seing privé doit respecter les formalités minimums auxquelles il est assujéti.

**Acte authentique** : Acte reçu ou dressé par un officier public ayant compétence et qualité pour instrumenter, selon les formalités et solennités requises et faisant foi par lui-même jusqu'à inscription de faux. L'Acte authentique qui ne remplit pas ses critères vaut Acte sous seing privé, s'il a été signé par les parties concernées.

**Conjoint :**

- L'époux ou l'épouse du Membre participant non séparé(e) de corps par jugement définitif, ou à défaut
- La personne avec laquelle le Membre-participant est lié par un PACS (pacte civil de solidarité), ou à défaut
- Le concubin notoire du Membre participant au sens de l'article 515-8 du Code civil : Le concubinage est matérialisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple. Ce concubinage notoire, caractérisé par une communauté de vie et d'intérêts, suppose une relation stable hors mariage, connue des tiers.

**Date d'effet :** Date à partir de laquelle les garanties prennent effet et les cotisations sont dues.

**Force majeure :** Evénement imprévisible, irrésistible et extérieur.

**Franchise :** Période d'interruption d'activité intervenant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie. Durant cette période, aucune prestation n'est due par la Mutuelle. Le délai de Franchise peut être différent selon l'ancienneté du salarié.

**Plafond de la Sécurité sociale :** Le plafond de la Sécurité sociale est le montant maximum des rémunérations ou gains à prendre en compte pour le calcul de certaines cotisations. Il est réévalué chaque année par décret.

**Risque :** Evènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre participant ou du bénéficiaire et pour lequel ce dernier est assuré.

**Sinistre :** Réalisation du Risque pour lequel le contrat peut s'appliquer selon les conditions prévues.