

# DÉCLARATION DE DÉCÈS

## SALARIÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU - HORS PORTABILITÉ

A compléter suite au décès du salarié



**Attention :** Le présent formulaire est réservé aux assurés Harmonie Mutuelle dont le décès fait suite à un arrêt de travail ayant débuté avant la rupture du contrat de travail. En cas de dossier relevant de la portabilité, utiliser le formulaire dédié. La liste des pièces complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier sera transmise dans un deuxième temps au notaire en charge de la succession. Cette liste sera établie en fonction de la clause bénéficiaire applicable (clause type ou désignation expresse).

### 1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom de famille : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : [ J | J | M | M | A | A ]  
N° P.P. : [ ..... ] (ou N°S.S. : [ ..... ])  
Tél : ..... Email : .....

### 2 EMPLOI OUVRANT DROIT AU(X) GARANTIE(S)

Employeur : .....  
Date d'embauche dans la structure : [ J | J | M | M | A | A ] Date de rupture du contrat de travail : [ J | J | M | M | A | A ]

### 3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DÉCÈS

Date du décès : [ J | J | M | M | A | A ]  
Le décès résulte :  
 d'une mort naturelle  
 d'un accident en date du [ J | J | M | M | A | A ]  
 autre, préciser : .....  
Le décès fait-il suite à un arrêt de travail ou une mise en invalidité ?  Oui  Non  
Si **OUI**, date d'arrêt ou de mise en invalidité :  
[ J | J | M | M | A | A ]

### 4 SITUATION DE FAMILLE

Célibataire  Marié(e)  Concubin  
 Divorcé(e)  Pacsé (e)  Veuf(ve)  
Nombre d'enfant à charge : [ ..... ]

### 5 NOTAIRE EN CHARGE DE LA SUCCESSION

Etude : .....  
Adresse : .....  
C.P. : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....

### 6 DOCUMENTS À JOINDRE A LA PRESENTE DÉCLARATION

- Acte de décès
- Douze bulletins de salaire précédant la rupture du contrat de travail
- Copie du certificat de travail

**A noter :** Votre gestionnaire se réserve la possibilité de prendre contact avec votre ancien employeur afin de valider les conditions d'application de la présente demande.

**Attention, toute fausse déclaration ou toute réticence intentionnelle est susceptible d'entraîner une demande de remboursement des prestations versées (Art. L221-14 du Code de la Mutualité) sans préjudice d'éventuelles poursuites.**

### 7

Fait à ..... , le .....  
Nom et Signature

#### MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros.  
Entreprise régie par le Code des assurances RCS Nanterre 529 219 040  
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 Châtillon  
Assureur des garanties capitaux décès, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle.  
Agissant au nom et pour le compte de l'O.C.I.R.P. lorsqu'elle est assureur des garanties décès en rente.

#### O.C.I.R.P.

Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance.  
Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale  
SIREN 788 334 720  
Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris

# DÉCLARATION DE DÉCÈS

## SALARIÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU - HORS PORTABILITÉ

A compléter suite au décès du salarié



### TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements mis en œuvre par Harmonie Mutuelle, l'organisme distributeur et gestionnaire ainsi que par Mutex et l'Ocirp, les organismes assureurs dans le cadre de la déclaration d'arrêt de travail.

Ces données personnelles pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations, de prospection de l'organisme distributeur du contrat, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, de recouvrement, de contentieux, d'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du contrat ou de l'intérêt légitime de ces organismes.

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à Mutex ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Les données collectées sont indispensables à la mise en oeuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires ou partenaires dans la limite de leurs attributions respectives. Dans ce cadre, Harmonie Mutuelle et Mutex sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales.

Vous, et toute personne dont les données personnelles sont collectées, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail à [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr) ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex.

Harmonie Mutuelle étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si les personnes concernées estiment, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que leurs droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07. Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site [www.mutex.fr](http://www.mutex.fr) (pour l'assureur) et sur le site <https://www.harmonie-mutuelle.fr/politique-de-donnees/quelles-donnees> (pour le distributeur et gestionnaire).

Dossier complet à adresser à :

 [DossierPresta@ChorumEtVous.fr](mailto:DossierPresta@ChorumEtVous.fr)



**CHORUM GESTION**

TSA 91234 - 92321 Chatillon Cedex

Pour toute question hors envoi de dossier :

 [EspaceClient@ChorumEtVous.fr](mailto:EspaceClient@ChorumEtVous.fr)

 08 06 06 00 12

Service gratuit  
+ prix appel

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

**Harmonie Mutuelle : distributeur et gestionnaire**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.

Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

