



Convention collective nationale des commerces de gros
du 23 juin 1970

Régime de prévoyance conventionnel

Notice d'information n° 3365/3 « Personnel non cadre »

Garanties au 1^{er} avril 2019

Introduction

VOTRE ENTREPRISE RELÈVE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCE DE GROS (BOCC N° 3044).

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord de branche du 18 janvier 2010, modifié en dernier lieu par avenant n° 3 du 27 octobre 2016, un régime complémentaire de prévoyance au plan national, bénéficiant à l'ensemble du personnel non-cadre relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée, comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité totale et définitive, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Le régime complémentaire de prévoyance organisé dans l'Accord national de prévoyance susvisé, prend effet au 1^{er} avril 2019.

LES PARTENAIRES SOCIAUX ONT RECOMMANDÉ EN TANT QUE CO-ASSUREURS ET GESTIONNAIRES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE, LES TROIS INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE SUIVANTES, RÉGIÉS PAR LE LIVRE IX DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

- **AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE :**
104-110 boulevard Haussmann – 75008 Paris.
- **HUMANIS PRÉVOYANCE :**
29 boulevard Edgar Quinet – 75014 Paris.
- **MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE :**
21 rue Laffitte – 75009 Paris.

et ont à cette fin souscrit auprès des trois institutions susvisées un contrat unique co-assuré, contrat groupe ouvert dénommé « contrat national de référence », ci-après exposé. Ce contrat est prévu par l'article 2 de l'Accord national de prévoyance du 18 janvier 2010 et en constitue l'annexe I.

Il entre en vigueur à la même date que l'Accord.

L'Accord national de prévoyance a institué une Commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance, composée de deux représentants des organisations syndicales signataires de l'accord de branche et d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs, aux fins de mise en œuvre et de suivi du régime de prévoyance, notamment les relations avec les institutions susvisées concernant l'application et l'évolution du contrat national de référence, le suivi des comptes de résultats du périmètre mutualisé constitué de l'ensemble des entreprises adhérentes au contrat national de référence.

AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE, HUMANIS PRÉVOYANCE et MALAKOFF MEDERIC PRÉVOYANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Important

Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties de Prévoyance au titre du contrat d'assurance souscrit auprès de AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE par mon entreprise :

À : _____

Le : _____

Signature

Contrat national de référence

ARTICLE 1 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Les organismes assureurs recommandés visés à l'article 2.5 de l'Accord national de prévoyance proposent aux entreprises relevant de son champ d'application, qui en font la demande, l'adhésion au présent contrat au profit du personnel visé à l'article 2 ci-dessous.

L'engagement de chaque organisme assureur s'effectue selon des règles communes et résulte de la signature par l'entreprise d'un bulletin d'adhésion ou d'un certificat d'adhésion au contrat national de référence, à la date d'effet qui y est mentionnée et déterminée selon les modalités qui suivent.

L'adhésion ouvre droit à garantie, sous réserve des dispositions de l'article 2 ci-dessous :

- à la date d'entrée de l'entreprise dans le champ d'application de l'Accord national de prévoyance, lorsque l'adhésion est recueillie dans le délai maximum de 3 mois suivant cette date ;
- à la date d'effet de l'Accord national de prévoyance pour les entreprises relevant à cette date de son champ d'application, lorsque l'adhésion est recueillie dans le délai maximum de 3 mois suivant cette date ;
- à la date d'effet mentionnée dans le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion au contrat national de référence, dans les autres cas.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Est bénéficiaire, l'ensemble des salariés « non-cadres »* de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros :

- à compter de la date d'effet de l'adhésion de leur employeur au contrat national de référence pour les salariés inscrits au registre du personnel à cette date,
- à compter de la prise d'effet de leur contrat de travail pour les salariés embauchés ultérieurement. Est considérée comme salarié, la personne titulaire d'un contrat de travail (en vigueur ou suspendu notamment pour cause de maladie ou d'accident) dans l'entreprise, quelle qu'en soit la nature.

L'affiliation des salariés visés ci-dessus présente un caractère obligatoire.

Pour la mise en œuvre des dispositions qui suivent, le salarié remplissant les conditions ci-dessus requises pour bénéficier des garanties est dénommé « l'assuré ».

ARTICLE 3 - PRISE EN CHARGE DES SINISTRES EN COURS

Les organismes assureurs prendront en charge les sinistres en cours à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au contrat national de référence dans les conditions suivantes.

3.1 - Adhésion dans les délais

La prise en charge s'effectue selon les modalités fixées à l'article 1.5 de l'Accord national de prévoyance, reprises ci-après, lorsque l'adhésion de l'entreprise intervient dans les délais prévus à l'article 1.4 ou 2.2.1 du même Accord.

Salariés en arrêt de travail non garantis par un contrat de prévoyance antérieur

Les salariés en arrêt de travail pour maladie, accident, ou en état d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle, non couverts pour ces risques dans le

cadre d'un contrat collectif antérieur à la date d'adhésion de leur entreprise au contrat national de référence, bénéficieront immédiatement des prestations prévues par ce dernier.

Salariés ou anciens salariés bénéficiaires de prestations périodiques (indemnités journalières ou rentes) dans le cadre d'un contrat collectif

Les salariés ou anciens salariés percevant des prestations d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat précédent, souscrit par leur entreprise, bénéficient du maintien de la revalorisation de leurs prestations et de la base de calcul de leurs garanties décès, sous déduction des prestations principales et des revalorisations garanties par le(s) organisme(s) assureur(s) antérieur(s).

Maintien de la garantie décès

Les salariés en état d'incapacité ou d'invalidité à la date d'adhésion de leur entreprise au régime institué dans le cadre du contrat national de référence bénéficient de la garantie décès prévue à l'article 4.1 ci-après, sous déduction des prestations de même nature dues éventuellement au titre d'un précédent contrat souscrit par leur entreprise (application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1 009 du 31 décembre 1989).

Si le maintien des garanties décès au titre de ce contrat antérieur, n'est pas couvert intégralement par des provisions techniques, l'entreprise peut demander au titre de son adhésion au présent contrat, le maintien intégral des garanties décès, sous réserve du transfert du montant des provisions partiellement constituées par le précédent organisme assureur.

3.2 - Adhésion hors délais

En cas d'adhésion au-delà des délais prévus à l'article 1.4 ou 2.2.1 de l'Accord national de prévoyance, les organismes assureurs garantissant le contrat national de référence procéderont à l'analyse du risque propre à l'entreprise et majoreront si nécessaire le montant des cotisations dues conformément

aux dispositions prévues à l'article 2.2.2 (2^e alinéa) de l'Accord.

ARTICLE 4 - GARANTIES DU RÉGIME

4.1 - Décès

Capital décès

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois au (x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est égal à 60 % du salaire de référence défini à l'article 6 du présent contrat.

Dévolution du capital décès

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital, sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion. À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque [prédéces de tous les bénéficiaires], le capital est versé comme suit :

- en premier lieu au conjoint survivant de l'assuré non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du Code civil, à défaut au concubin notoire et permanent (ces derniers doivent toujours avoir cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut de ceux-ci, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - aux enfants de l'assuré, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, à ses petits-enfants,
 - à défaut de descendants directs, aux parents survivants et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

* Par « non-cadre », on entend le personnel ouvrier, employé, technicien et agent de maîtrise, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas de l'article 4 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

À tout moment, et notamment en cas de modification de la situation personnelle de l'assuré, ce dernier peut effectuer une désignation différente. Cette désignation doit être notifiée à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

Pour l'application des dispositions prévues dans le présent contrat, on entend par concubin la personne vivant en couple avec l'assuré au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Invalidité absolue et définitive

Lorsque l'assuré est en état d'Invalidité absolue et définitive, le capital prévu ci-dessus en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, sur sa demande. Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré. Le versement intervient sous réserve que l'assuré en fasse la demande dans le délai de 2 ans suivant la reconnaissance de l'état d'Invalidité absolue et définitive.

Est considéré en état d'Invalidité absolue et définitive l'assuré reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie au sens de l'article L.341.4 du Code de la Sécurité sociale : « Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale avec attribution d'une majoration pour l'assistance d'une tierce personne, est assimilée à l'Invalidité absolue et définitive pour la mise en œuvre de la présente garantie.

Double effet

Le décès du conjoint ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du Code civil (non remarié ou uni par un nouveau lien de

Pacs) ou de son concubin tel que défini à l'art 4.1 ci-dessus, survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal au capital garanti sur la tête de l'assuré à son décès.

Ce capital est versé par parts égales aux enfants à charge du conjoint, du partenaire de Pacs, ou du concubin qui étaient initialement à charge de l'assuré au jour de son décès, directement à ceux-ci s'ils sont majeurs, à leurs représentants légaux ès qualités durant leur minorité.

Le capital est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au contrat national de référence, au jour du sinistre.

Sont considérés comme « enfants à charge » pour l'application des présentes dispositions, les enfants de l'assuré et de son conjoint ou partenaire lié par un Pacs ou de son concubin tel que défini à l'art 4.1 ci-dessus, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - qu'ils poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un Établissement ou

structure d'aide par le travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé,

- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles concernant la carte d'invalidité ou la carte de mobilité inclusion portant la mention « invalidité », à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 26^e anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé.

4.2 - Incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'ordre professionnel ou non, pris en charge ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale), l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions qui suivent.

Lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, l'assuré bénéficie du versement d'une indemnité journalière dont le montant, y compris la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) est égal à 60 % de la 365^e partie du salaire de référence défini à l'article 6 ci-après.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, pension de retraite ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité. Les prestations sont servies à l'issue de l'indemnisation de l'employeur résultant des obligations de maintien de salaire telles que définies dans la Convention collective nationale du Commerce de gros (art. 53 des dispositions générales et art. 6 des avenants catégoriels applicables aux techniciens et agents de Maîtrise).

Concernant les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application

de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire, les indemnités journalières seront versées à l'issue d'une franchise fixe et continue de 60 jours.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail ;
- à la date de cessation des prestations de la Sécurité sociale, ou au 1 095^e jour d'arrêt de travail pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces de cet organisme ; à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ; – au décès de l'assuré.

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale ou selon les modalités fixées à l'article 5 (exclusivement dans ce dernier cas s'agissant de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale) :

- à l'entreprise pour le compte de l'assuré tant que son contrat de travail est en vigueur ;
- directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur à la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

L'entreprise ou l'assuré est dispensé de la fourniture des décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

En cours de versement des prestations, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières que la Sécurité sociale aura mis en œuvre dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié, réalisé soit directement par la Sécurité sociale soit dans l'exercice du droit de contre-visite de l'employeur.

Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.



gettyimages®

25 YEARS

FG Trade

4.3 - Invalidité/Incapacité permanente professionnelle

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité telle que définie à l'article L.341.4 du Code de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente complétant le cas échéant celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

Le montant annuel de la prestation complémentaire servie, y compris la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale), représente :

- en cas d'invalidité 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale : **36 % du salaire de référence** défini à l'article 6 ;
- en cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % : **60 % du salaire de référence** défini à l'article 6 ;
- en cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33 et moins de 66 % : **R x 3 n/2 (« R » étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2^e catégorie et « n » le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale).**

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul de la prestation d'une part, et du total défini ci-dessus, d'autre part.

Pour ouvrir droit à garantie, l'arrêt de travail initial de l'assuré doit intervenir **postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au régime** (sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article 3 s'agissant

de la prise en charge des sinistres en cours). La garantie cesse dans tous les cas à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf pour les assurés en situation de cumul emploi retraite selon la réglementation en vigueur).

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail ;
- le jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes d'incapacité permanente ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré ; – au décès de l'assuré.

La rente d'invalidité est versée à l'assuré par mois civil à terme échu et, en cas de décès, avec paiement prorata temporis au conjoint survivant de l'assuré ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal ; sans arrérages au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge, et ce après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur à la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

ARTICLE 5 - DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ, DE L'INVALIDITÉ ET DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

À défaut d'un décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre de l'Incapacité temporaire de travail, de l'Invalidité et de l'Incapacité Permanente Professionnelle est subordonnée à la production d'un certificat médical et de l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'éventuel classement en invalidité ou la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, est effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les

barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion sont notifiées à l'assuré et s'imposent à lui s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée sur décision du médecin traitant de l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin-conseil de l'organisme ayant recueilli l'adhésion ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure).

La durée de service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires ainsi que leur cessation sont déterminées par le médecin-conseil de l'organisme par référence aux dispositions prévues au présent contrat.

ARTICLE 6 - SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies.

Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises à cotisations de Sécurité sociale, conformément à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, hors avantages en nature, au cours des douze derniers mois civils précédant celui au cours duquel est intervenu l'événement entraînant la mise en œuvre des garanties.

La période prise en compte est celle précédant :

- la date du décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (s'agissant du capital servi au titre de la garantie décès) ;
- l'arrêt de travail initial (s'agissant des prestations servies au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité/Incapacité permanente professionnelle).

En cas d'activité incomplète au cours de la période de référence (maladie, embauche en cours d'année, etc.) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Le salaire brut de référence est pris en compte dans la limite des Tranches A et B suivantes :

- Tranche A (TA) : partie du salaire brut de référence limitée au plafond annuel de la

Sécurité sociale ;

- Tranche B (TB) : partie du salaire brut de référence comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

ARTICLE 7 - CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations, à l'assuré :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Par exception, dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'assuré. Toutefois, lorsque l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Le maintien des garanties est assuré à l'intéressé pendant la durée du bulletin d'adhésion ou du certificat d'adhésion :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu (indépendamment de toute application éventuelle d'un dispositif de portabilité pris notamment en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) ;
- en cas de rupture du contrat de travail, tant

que l'assuré perçoit des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail), sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

ARTICLE 8 - TERME DES GARANTIES

La garantie se poursuit pour chaque assuré pendant toute l'adhésion de son entreprise au contrat national de référence et cesse à la date de rupture de son contrat de travail, sauf mise en œuvre de la portabilité des droits prévue à l'article 9 ci-après et établie en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 9 - PORTABILITÉ DES DROITS

Le contrat de prévoyance souscrit organise le maintien des garanties dit « portabilité », en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Bénéficiaires du maintien des garanties

- Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties :
 - lorsque les droits à couverture complémentaire au titre de l'adhésion de l'employeur au contrat national de référence, ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
 - lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Durée/Limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente selon les formalités définies ci-dessous, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir

excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque l'assuré reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès de l'assuré ainsi qu'en cas de non-renouvellement ou résiliation de l'adhésion au présent contrat national de référence. La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou l'assuré doit :

- Signaler le maintien des garanties visées par le présent article dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- Informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou les ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- la cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (quel qu'en soit le motif), – la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties

Les assurés définis ci-dessus bénéficient des garanties prévoyance du contrat national de référence souscrites par l'entreprise au profit de la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Lorsque la garantie incapacité de travail « maintien de salaire » ou « mensualisation » est expressément prévue au contrat de prévoyance collective, cette garantie n'est pas maintenue au titre du dispositif de portabilité.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini à l'article 6 ci-dessus, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail. Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Incapacité de travail

L'assuré adresse à l'organisme assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies ci-dessus. Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage. Les prestations seront versées directement aux assurés, ou au (x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Paiement des prestations

L'assuré adresse à l'organisme assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies ci-dessus. Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif

d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage. Les prestations seront versées directement aux assurés, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Cotisations

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au bulletin d'adhésion ou au certificat d'adhésion.

ARTICLE 10 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par les organismes assureurs sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'entreprise, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis mentionnés dans le tableau joint (p. 15 et 16).

ARTICLE 11 - REVALORISATION

11.1 - Revalorisation des prestations en cours de liquidation

Les prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat national de référence.

11.2 - Revalorisation prévue à l'article L.132-5 du Code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du Code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après (confer article 22 ci-après). À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces justificatives, il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par les dispositions en vigueur (article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale et articles L.114-1 et suivants du Code des assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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 ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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 l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), – la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil), – un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'organisme assureur à l'entreprise
- en ce qui concerne le règlement de la prestation, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception par l'assuré ou l'ayant droit à l'organisme assureur.

ARTICLE 13 - SUBROGATION

En cas de paiement de prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé à l'assuré victime qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées par l'organisme.

ARTICLE 14 - EXCLUSIONS – DÉCHÉANCES

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide

* Article applicable aux Institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale.

volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès. Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au contrat national de référence, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

ARTICLE 15 - TAUX DE COTISATION

Les taux de cotisation du régime institué dans le cadre du contrat national de référence sont fixés ci-après en pourcentage du salaire brut (soumis à cotisations de Sécurité sociale, conformément à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, hors avantages en nature) du personnel visé à l'article 2 des présentes Conditions Générales, quelle que soit leur ancienneté, sur la base des assiettes suivantes :

- Tranche A (TA) : partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B (TB) : partie du salaire brut comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. En cas d'adhésion au-delà des délais prévus à l'article 1.4 ou 2.2.1 de l'Accord national de prévoyance, l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion de l'entreprise au titre du contrat national de référence, procédera à l'analyse du risque propre à l'entreprise, conformément aux dispositions prévues à l'article 2.2.2 (2^e alinéa) et majorera si nécessaire, le montant des cotisations dues, prévu ci-dessus.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suit l'échéance de l'appel de cotisation, l'entreprise défaillante est mise en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement ; la garantie pouvant être suspendue dans les 30 jours suivant la mise en demeure de l'entreprise. L'organisme assureur peut dénoncer le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. Le bulletin non résilié reprend ses effets conformément aux dispositions de l'article L.932.9 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 16 - DURÉE/RENOUVELLEMENT DU BULLETIN D'ADHÉSION OU DU CERTIFICAT D'ADHÉSION

Le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion au contrat national de référence est souscrit pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite tacitement chaque année au 1^{er} janvier, pour une année civile.

ARTICLE 17 - RÉILIATION DU BULLETIN D'ADHÉSION OU DU CERTIFICAT D'ADHÉSION

Effet sur les garanties

En cas de résiliation du bulletin d'adhésion ou du certificat d'adhésion au contrat national de référence, le droit à garantie cesse (y compris le maintien des garanties organisé dans le cadre du dispositif de portabilité en application de l'article 9 et du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail en application de l'article 7).

Toutefois la garantie décès (Capital décès, Invalidité absolue et définitive) est maintenue durant la période pendant laquelle l'assuré est en état d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle, conformément aux dispositions prévues à l'article 7.1 de la loi n° 89-1 009 du 31.12.1989.

Effet sur les prestations

En cas de résiliation de l'adhésion au contrat national de référence, les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires en cours de versement, continueront d'être servies jusqu'à leur terme. En outre, en application de l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, les salariés malades ou invalides à la date de la résiliation bénéficieront d'une revalorisation de leurs prestations et de la base de calcul de leur garantie décès à un niveau au moins aussi favorable que celles qui auraient résulté du contrat résilié. Cette obligation sera prise en charge par les organismes assureurs dans la limite des résultats financiers et techniques du contrat national de référence. Si les résultats financiers et techniques du contrat national de référence ne permettent pas d'assurer la revalorisation, le maintien des

droits de l'assuré sur ce point, devra être organisé dans le cadre du contrat souscrit en remplacement.

ARTICLE 18 - DÉNONCIATION DU CONTRAT NATIONAL DE RÉFÉRENCE

Afin de prendre en compte les contraintes spécifiques à la révision d'un régime de prévoyance conventionnel et conformément à l'article 5 de l'Accord national de prévoyance, les parties conviennent que le présent « contrat national de référence » pourra être résilié chaque année par les signataires de l'Accord national de prévoyance ou par les organismes co-assureurs du contrat national de référence, par envoi d'un courrier recommandé avec avis de réception à chacun de ses signataires moyennant respect d'un préavis de six mois. Toutefois, la demande de résiliation sera valablement adressée à l'un des organismes assureurs du contrat national de référence qui représentera valablement les co-assureurs vis-à-vis des signataires de l'Accord national de prévoyance.

Toute demande de modification du contrat national de référence devra faire préalablement l'objet d'une révision de l'Accord national de prévoyance.

ARTICLE 19 - INFORMATION DES ENTREPRISES ET DES ASSURÉS

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les organismes assureurs recommandés rédigeront une notice d'information à destination des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord national de prévoyance. Cette notice sera adressée à chaque entreprise adhérente. Conformément à l'article L.932.6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'entreprise adhérente de remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information et de se ménager la preuve de cette remise.

ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS

Toutes les demandes d'information relatives au bulletin d'adhésion ou au certificat d'adhésion doivent être adressées au centre de gestion de l'organisme, dont dépend

l'entreprise. Les modalités de réclamation sont détaillées au bulletin d'adhésion ou au certificat d'adhésion.

ARTICLE 21 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les organismes assureurs recommandés déterminent ensemble les finalités et les moyens des traitements de données personnelles nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, dans les conditions de la convention de coassurance qui les lie. Pour la réalisation de ces opérations, les co-assureurs agissant en qualité de responsables conjoints, collectent et traitent des Données personnelles des bénéficiaires en conformité avec la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et, en particulier, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »), ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les co-assureurs se sont attribués respectivement les rôles et les obligations résultant du traitement des Données personnelles des Personnes concernées, bénéficiaires des contrats d'assurance considérés, afin de garantir le respect de la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles.

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont collectées et traitées par l'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Les catégories de données utilisées pour l'accomplissement de ces finalités sont les suivantes :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des

services adaptés ;

- des données de santé nécessaires aux fins de l'exécution des obligations incombant à l'organisme assureur en matière de protection sociale, dans les conditions prévues par la loi Informatique et Libertés et l'article 9 du RGPD. À ce titre, les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureurs et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Les données à caractère personnel relatives à la santé et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;
- le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

Les données à caractère personnel des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux adhérents au travers de :

- l'exercice des recours dans le cadre de la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle des

bénéficiaires et de leurs contrats ;

- la lutte contre la fraude en assurance, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant à l'organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ; – les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.
- L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à ses obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal ou non renseignées. Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérent et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée maximale de 3 ans après le dernier contact émanant du bénéficiaire ou le terme de la relation contractuelle.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires de l'organisme assureur et, le cas échéant, à ses sous-traitants qui

interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

L'organisme assureur privilégie les lieux d'hébergement des données personnelles situés en France. Si un transfert de données personnelles en dehors de l'Espace économique européen devait néanmoins être envisagé, l'organisme assureur s'engage à le réaliser conformément à la réglementation applicable et le cas échéant, à l'encadrer de garanties juridiques et de sécurité appropriées pour assurer un niveau de protection des données adéquat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès ou la rectification des données les concernant. Les bénéficiaires disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de leurs données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation du traitement de ces données. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Les bénéficiaires disposent, en outre, du droit de s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection commerciale à tout moment et sans frais. Un justificatif d'identité pourra leur être demandé par l'organisme assureur pour confirmer leur identité avant de répondre à leur demande. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier, à l'attention du Délégué à la protection des données de votre organisme assureur, aux coordonnées suivantes :

- Pour AG2R Réunica Prévoyance : à AG2R LA MONDIALE : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.
- Pour Malakoff Humanis Prévoyance : à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés : 21 rue Laffitte 75317 PARIS CEDEX 9 ou par courriel à dpo@malakoffhumanis.com.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent

auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> 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.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de votre organisme assureur :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>
<https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/>

ARTICLE 22 - CAS DES PRESTATIONS N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

ARTICLE 23 - PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

L'assuré qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL - service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.



gettyimages®
metamorworks

25 YEARS

Pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations

Les prestations sont réglées dans un délai de 30 jours au plus tard, après réception des pièces justificatives demandées.

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	DÉCÈS
Lorsque l'organisme assureur en fait la demande : Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	X	X	X
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	X		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X		
Certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation	X	X	
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondants au 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail initial (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)	X	X	
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée	X	X	
Demande de rente, signée de l'entreprise		X	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail/maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		X	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise			X
Acte de décès			X
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			X
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			X
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			X
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux 2 noms, quittance d'électricité, téléphone...)			X
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance (attestation de moins de 3 mois)			X
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de Pacs			X

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	DÉCÈS
S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de Pacs et enfants) ou un héritier			X
En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge			X
S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant			X
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie pour ouvrir droit à l'invalidité absolue et définitive			X
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			X
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)			X

Pièces complémentaires à fournir

Dans le cadre d'une demande de prestation au titre du dispositif de portabilité.

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITÉ / INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	DÉCÈS
Déclaration de l'entreprise de l'assuré bénéficiaire dans le délai d'1 mois suivant la date de fin ou de rupture du contrat de travail (transmission du bulletin individuel d'affiliation de l'assuré, signé par l'entreprise et l'intéressé)	X	X	X
Justificatif de l'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage de l'assuré (à défaut dans un 1 ^{er} temps, justificatif de l'inscription au régime obligatoire d'assurance chômage)	X	X	X
Justificatif de versement de l'allocation d'assurance chômage	X	X	X
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée	X		X
Décompte des allocations versées par le régime obligatoire d'assurance chômage	X		

Les organismes assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations lors de l'instruction du dossier ou en cours de règlement.

