



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance collective à adhésion obligatoire

**Convention Collective Nationale
du Sport du 07 juillet 2005**

**Personnel Non Cadre
Notice d'information - Édition Juillet 2022**

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE	5
RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE.....	5
INFORMATION DES SALARIÉS	5
CHAPITRE 2 - LES GARANTIES DU RÉGIME	5
GARANTIE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), DOUBLE EFFET	5
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	5
QUE PRÉVOIT LA GARANTIE ?.....	5
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?	6
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	7
GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OCIRP)	7
QUELS SONT L'OBJET ET LE MONTANT DE LA GARANTIE ?	7
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	7
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	8
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	8
QUEL EST LE DÉBUT DE L'INDEMNISATION ?.....	8
QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?	9
QUEL EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?.....	9
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	9
GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE(IPP)	10
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	10
QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?	10
QUEL EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?.....	10
ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU.....	10
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	11
CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	11
QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES ?.....	11
SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	11
QUAND CESSENT-ELLES ?.....	12
MAINTIEN DES GARANTIES	12
SALAIRE DE RÉFÉRENCE	15
REVALORISATION.....	16
VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	16
DANS QUEL CAS Y A-T-IL EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS ?.....	17
DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	17
LOI ECKERT DU 13 JUIN 2014	17
PRESCRIPTION.....	18
Y A-T-IL DES EXCLUSIONS ?.....	18
Y A-T-IL UN CONTRÔLE MÉDICAL ?.....	19
MODALITÉS DE GESTION SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	19
LITIGES MÉDICAUX.....	19
SUBROGATION.....	20
DÉFINITIONS	20

RÉCLAMATIONS ET LITIGES	22
ORGANISME DE CONTRÔLE	22
ECHANGES DEMATERIALISES	22
PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL.....	23
TERRITORIALITÉ.....	24
LES JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS	25
ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RÉCEPTION.....	27

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance relevant du code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 333 232 270,
Siège social 14-16, Boulevard Malesherbes- 75008 PARIS

Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181,
Siège social : 21, rue Lafitte - 75009 PARIS

Et

MUTEX,

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances.

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON cedex

MUTEX est représentée pour la mise en place du contrat, sa conclusion le cas échéant, ainsi que son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières. MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat

Assureurs des garanties décès- invalidité permanente absolue, double effet, incapacité temporaire de travail et invalidité - incapacité permanente professionnelle,

Agissant pour le compte de l'**Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP)**,

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,

Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 788 334 720

Assureur de la garantie rente éducation,

AG2R prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance et MUTEX gèrent la garantie rente éducation au nom et pour le compte de l'OCIRP.

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Par accord du 07 juillet 2005 (modifié par l'avenant n° 157 du 17 février 2022), les syndicats d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont institué un régime de Prévoyance (Chapitre X « Prévoyance » de la Convention Collective Nationale du Sport) applicable à l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947 (*), dit « non cadre ».

() y compris le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale (personnel 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) et à l'exception des salariés définis au chapitre 12 de la Convention Collective Nationale du Sport et des intermittents du spectacle.*

INFORMATION DES SALARIÉS

Chaque salarié reçoit une notice d'information relative au contenu du régime de Prévoyance ; pour toute question liée à la gestion du régime, votre organisme assureur est à votre disposition.

La présente notice vous permet de connaître les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat de prévoyance ainsi mis en place, les conditions de leur application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces dispositions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en dernière page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.

CHAPITRE 2 - LES GARANTIES DU RÉGIME

GARANTIE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), DOUBLE EFFET

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Garantir le versement d'une prestation lorsque survient le décès ou l'invalidité permanente et absolue de l'assuré.

QUE PRÉVOIT LA GARANTIE ?

1- Versement d'un capital en cas de décès toutes causes de l'assuré

En cas de décès d'un assuré, qu'elle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires un capital dont le montant est égal à 150% du salaire de référence (voir définition page 14), quelle que soit la situation familiale de l'assuré à son décès.

2- Versement d'un capital en cas d'invalidité permanente et absolue (IPA) toutes causes de l'assuré

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité permanente et absolue (3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale) de l'assuré, le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, à sa demande.

Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré.

3- Versement d'un capital en cas de décès du conjoint postérieur ou simultané au décès de l'assuré (double effet)

En cas de décès du conjoint non remarié survenant simultanément ou postérieurement au décès de l'assuré, il est versé un capital égal à 150% du salaire de référence quelle que soit la situation de famille de l'assuré, à ses enfants à charge (voir paragraphe « Définitions ») à la date du décès du conjoint, par parts égales entre eux.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

- Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

Les bénéficiaires du capital dû lors de votre décès sont, tout d'abord, la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de votre part auprès de l'organisme assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

Cette désignation particulière peut être établie :

- sur support papier, au moyen d'un formulaire de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès lorsque celui-ci vous est transmis par l'organisme assureur ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;
- par le formulaire en ligne de désignation de bénéficiaire(s) du capital décès, accessible sur le site internet de l'organisme assureur si cette possibilité vous est ouverte.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées au dit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme assureur lors de votre décès.

La clause de bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée. Tout changement de bénéficiaire doit être porté à la connaissance de l'organisme assureur.

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par un écrit signé de l'organisme assureur, de vous-même et de votre bénéficiaire désigné,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé par vous-même et par le bénéficiaire désigné, qui devra être notifiée par écrit l'organisme assureur pour lui être opposable.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- à votre conjoint survivant ou à votre concubin notoire ou votre partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès, tels que définis au paragraphe « Définitions »;
- à défaut aux enfants nés, vivants ou représentés, dont la filiation avec l'assuré a été légalement établie (y compris adoptive), par parts égales entre eux ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendance directe, à ses parents, à défaut ses grands-parents survivants ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

- Bénéficiaires du capital en cas d'invalidité permanente et absolue

En cas d'invalidité permanente et absolue, vous êtes le bénéficiaire des capitaux.

- Bénéficiaires du capital double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont vos enfants à charge à parts égales entre eux, directement à ceux-ci dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité permanente absolue, du contrôle médical au paragraphe « Y a-t-il un contrôle médical ? ».

GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OCIRP)

QUELS SONT L'OBJET ET LE MONTANT DE LA GARANTIE ?

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité permanente et absolue (3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale), il est versé à chaque enfant à charge dont la filiation avec l'assuré (y compris adoptive) a été légalement établie, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 12^{ème} anniversaire du bénéficiaire : 5 % du salaire de référence,
- au-delà du 12^{ème} anniversaire jusqu'au 16^{ème} anniversaire du bénéficiaire: 7 % du salaire de référence,
- du 16^{ème} au 18^{ème} anniversaire du bénéficiaire (ou 26^{ème} anniversaire si dans ce dernier cas, l'enfant à charge est apprenti, étudiant ou demandeur d'emploi inscrit au Pôle emploi et non bénéficiaire des allocations d'assurance chômage et dans les situations énoncées au paragraphe « Définitions ») : 10 % du salaire de référence.

La rente continue à être versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant le terme de versement de la rente éducation, en invalidité équivalente à une invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapée, ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

La qualité d'enfant à charge tel que défini au paragraphe « Définitions » s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'invalidité permanente et absolue met fin à tout versement supplémentaire au titre de la garantie.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Les rentes sont versées trimestriellement à terme à échoir (ou d'avance) et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel le bénéficiaire ne répond plus aux conditions d'enfant à charge.

En tout état de cause, le service des rentes prend fin au jour du décès du bénéficiaire.

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE DU PERSONNEL NON CADRE NON INDEMNISÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident de la vie privée ou à la maternité d'un 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 mais ayant l'ancienneté requise pour bénéficier d'une garantie de maintien de salaire prévue par la Convention Collective Nationale du Sport, l'organisme assureur lui verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

POINT DE DEPART DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières sont servies à compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 3 jours d'arrêt de travail continu.

MONTANT DE LA PRESTATION

50 % du salaire de référence, et ce, pendant la durée normale d'indemnisation prévue par la Convention Collective au titre de la garantie maintien de salaire.

TERME DE L'INDEMNISATION

Les indemnités journalières cessent d'être versées :

- a. dès la reprise du travail,
- b. après 87 jours d'indemnisation pour la maladie / accident de la vie privée ,
- c. après 112 jours d'indemnisation pour la maternité,
- d. à la liquidation de la pension vieillesse,
- e. au jour du décès de l'assuré.

Pour les arrêts maladie/accident de la vie privée, il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée d'indemnisation ne dépasse pas 87 jours.

CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur au souscripteur. En cas de rupture du contrat de travail, elles seront versées directement à l'assuré, au fur et à mesure selon l'appréciation du médecin conseil de l'organisme assureur.

L'organisme assureur est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

La garantie incapacité temporaire a pour objet de vous faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles (y compris en cas d'accident de trajet tel que défini à l'article L.411.2 du code de la Sécurité sociale), lorsque vous vous trouvez dans l'obligation de cesser votre activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

QUEL EST LE DÉBUT DE L'INDEMNISATION ?

Les indemnités journalières sont servies en relais aux obligations de maintien de salaire telles que définies au chapitre IV - Article 4-3-1 et 4-3-2 de la Convention Collective Nationale du Sport (sans prise en compte des dispositions légales de maintien de salaire qui seraient éventuellement plus favorables).

L'assuré n'ayant pas, au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire, bénéficiera de la garantie incapacité de travail à l'issue d'une franchise continue de 90 jours.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant mensuel de la prestation représente :

100 % du salaire net imposable,

y compris les prestations de la Sécurité sociale nettes de CSG et CRDS

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation complémentaire vous est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale vous aurait versées si vous aviez satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément au paragraphe « Salaires de référence - Règle de cumul des prestations ».

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin conseil de l'organisme assureur pour les assurés n'ouvrant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale,
- du jour de votre reprise de travail à temps complet,
- de la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale (ce motif de cessation ne s'applique pas si vous êtes en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle,
- au plus tard, au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- au jour de votre décès.

La rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale) est considéré comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du présent contrat.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En l'absence de l'intervention de la Sécurité sociale lorsque vous ne remplissez pas les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin conseil de l'organisme assureur, dont les modalités figurent au paragraphe « Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ayant pas d'ouverture de droits au titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale ».

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale*, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale), à l'organisme assureur, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

**Pour le personnel 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.*

Les indemnités journalières sont versées directement à votre employeur, tant que votre contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de vous les reverser, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En cas de rupture du contrat de travail, elles vous seront versées directement nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale (ou selon l'appréciation du médecin conseil de l'organisme assureur).

L'organisme assureur est habilité à vous demander toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur de l'état d'Invalidité lorsque vous n'avez pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'avez pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale), de votre 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 66 % en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du code de la Sécurité sociale, l'organisme assureur vous verse une rente complétant, le cas échéant celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant mensuel de la prestation, y compris les prestations nettes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale (reconstituées de manière théorique lorsque vous n'avez pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'avez pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale) est défini comme suit :

► En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

100 % du salaire net imposable.

► En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale :

50 % de la rente complémentaire versée en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

En tout état de cause, le total des prestations que vous avez perçues ne saurait excéder 100 % de votre salaire net d'activité, conformément aux conditions définies au paragraphe « Salaires de référence - Règle de cumul des prestations ».

QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

Le service des rentes ou des prestations prend fin à dater soit :

- de la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 66 % en ce qui concerne les rentes IPP,
- du jour où la sécurité sociale cesse le versement de votre pension d'invalidité (ou d'incapacité permanente professionnelle) ou à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître votre état d'invalidité,
- du jour de votre reprise de travail à temps complet,
- du jour de votre reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- au jour de votre décès.

ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

Si vous êtes licencié ou êtes arrivé au terme de votre contrat de travail et vous voyez attribuer par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur) une rente ou une pension, l'organisme assureur n'interviendra à son tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin-conseil de l'organisme) ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail.

CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale*, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale) auprès de l'organisme assureur et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

**Pour le personnel 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.*

Les rentes ou pensions vous sont versées par l'organisme assureur directement à terme échu, mensuellement, le cas échéant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôts sur le revenu tant que le contrat de travail est en vigueur, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

L'organisme assureur est habilité à vous demander toutes pièces justifiant le versement des rentes ou pensions.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS GENERALES

QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES ?

Les garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat.

Vous avez été automatiquement affilié au contrat dès lors que vous étiez déjà salarié sous contrat de travail, et affilié à l'un des régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, à la date de prise d'effet du contrat.

Si vous avez été embauché ultérieurement, votre affiliation prend effet à la date de votre embauche

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

1 - Suspension des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsque le contrat de travail de l'assuré est suspendu **dans les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré ne donnant pas lieu à un maintien de garanties visé au paragraphe 2 ci-dessous.**

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation interrompant totalement l'activité ;
- congé de présence parentale interrompant totalement l'activité ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé du proche aidant ou de solidarité familiale,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due. Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre du contrat.

Dès votre reprise de travail au sein de l'effectif assuré, et sous réserve que l'organisme assureur en soit informé, les garanties définies dans le présent régime retrouvent leur plein effet.

2 - - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension de votre contrat de travail donne lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par votre employeur,
- ou au versement d'une indemnisation de la Sécurité sociale et/ou complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle),
- ou au versement d'un revenu de remplacement par votre employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties définies au contrat sont maintenues pendant toute la période de suspension de votre contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue au paragraphe « Dans quel cas y'a-t-il exonération des cotisations ? »

QUAND CESSENT-ELLES ?

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu ci-dessous, les garanties du présent contrat cessent au plus tard:

- la date de votre sortie de la catégorie de personnel assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

MAINTIEN DES GARANTIES

1 - Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des garanties

Dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés de l'entreprise ou de l'association, ci-après dénommée le souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

► Bénéficiaires

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés assurés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à l'**exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'organisme gestionnaire leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

► Durée - limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par le souscripteur selon les formalités définies ci-après, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du présent contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes 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.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que vous n'apportez plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues ci-après ; toutefois, le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux anciens salariés en cours de portabilité pour lesquels le contrat souscrit par leur ancien employeur a été résilié suite à une cessation d'activité ou une liquidation judiciaire ;

- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail ;
- au jour de la survenance de votre décès.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

► Formalités de déclaration

Le souscripteur et/ou vous-même devez :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation de votre contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail, 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 sa durée et d'une attestation justifiant votre statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

Dès que vous en avez connaissance, vous (ou vos ayants-droit en cas de décès) vous engagez 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, sauf si vous continuez à percevoir des allocations chômage,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale

► Garanties

Vous bénéficiez des garanties prévoyance du présent régime applicables à la catégorie de personnel à laquelle vous appartenez lors de la cessation de votre contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties dont vous bénéficiez au titre du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

► Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au paragraphe « salaire de référence », étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de cessation du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la cessation 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

Les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du présent régime. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'ancien salarié ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'ancien salarié n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité.

► Paiement des prestations

L'ancien salarié adresse à son centre de gestion les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies au contrat. 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 vous seront versées directement, ou à votre/vos bénéficiaire(s) en cas de décès.

► Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du présent contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

► Cas des salariés confrontés à une situation de procédures collectives

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur et les salariés bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues dans le cadre du présent article.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du code de commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L.641-11-1 du code de commerce en matière de liquidation judiciaire et selon les modalités définies au contrat. Dans ce cas, par dérogation aux conditions prévues dans le cadre du présent article, le bénéfice de la portabilité des garanties est maintenu aux anciens salariés de l'entreprise ayant fait l'objet d'une procédure collective.

► Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux assurés en activité entrant dans la catégorie de personnel assuré (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du présent contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant au paragraphe « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

2 - Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de survenance de votre décès ou invalidité permanente et absolue, est maintenu si vous bénéficiez de prestations incapacité ou invalidité au titre du contrat ou si vos droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce :

- au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat si vous êtes salarié,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits si vous êtes un ancien salarié.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation ou à la date de cessation de votre contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies au paragraphe « revalorisations ».

Les organismes assureurs pourront vous proposer la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que vous en fassiez la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

3 - Maintien des garanties et des prestations en cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation de votre contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement.

En cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue, si vous êtes bénéficiaire de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de votre contrat de travail, vous restez garanti au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de votre contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle vous bénéficiez de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

1- Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

► Garanties décès, invalidité permanente et absolue, double effet, rente éducation,

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, l'invalidité ou le décès, ayant donné lieu à cotisation, limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsque vous avez bénéficié d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par votre employeur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par votre employeur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire annuel de référence est reconstitué sur la base du salaire brut du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation, limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

► Garanties arrêt de travail (incapacité temporaire de travail / invalidité / incapacité permanente professionnelle)

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité pris en compte dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

On entend par le salaire net, le salaire net imposable déduction faite de la CSG et CRDS non déductible.

Lorsque vous avez bénéficié d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par votre employeur durant la période de maintien des garanties et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales applicables.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

2- Règle de cumul des prestations

En aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement ne peut vous conduire à percevoir plus que votre salaire net d'activité.

3- Salaire servant de base au calcul des cotisations

Est soumis à cotisations le salaire brut total de l'ensemble du personnel « non cadre », y compris les rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues (13^{ème} mois, prime de vacances...) au cours des 12 derniers mois, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à la présente notice d'information (cf. « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée »),

le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Le salaire annuel servant de base de calcul des cotisations se décompose comme suit :

On entend par :

- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et quatre fois ce plafond.

Les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes Agirc-Arrco de retraite complémentaire, à effet du 1^{er} janvier 2019, n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaires mentionnées ci-avant.

REVALORISATION

1 - Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le début de votre arrêt de travail et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de la survenance de votre décès (ou IPA).

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité permanente absolue de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

2 - Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées en fonction de l'évolution du point de retraite Agirc-Arrco et avec les mêmes dates d'effet.

En cours de vie du contrat, les rentes éducation sont revalorisées annuellement selon l'indice fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Par principe, en cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations périodiques en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du contrat, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation des prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues ci-dessus.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire du souscripteur, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations. Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (indemnités journalières et rentes ou dénominations assimilées) défini lorsque cette prestation est versée directement au bénéficiaire ou à vous-même.

DANS QUEL CAS Y A-T-IL EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) dès lors que vous êtes en arrêt de travail et bénéficiaire d'indemnités journalières, d'une rente ou d'une pension complémentaire servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et que vous ne percevez plus aucune rémunération de votre employeur. Lorsque vous percevez un salaire réduit, la cotisation reste due sur la base de votre salaire réduit.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations par votre employeur dans les dix jours suivant l'échéance, une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée par l'organisme assureur à votre employeur. Dans cette lettre, l'organisme assureur informe votre employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les organismes assureurs se réservent le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant la suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

La cotisation sera majorée d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2% de la cotisation totale.

LOI ECKERT DU 13 JUIN 2014

La loi Eckert concerne uniquement vos garanties décès.

Règlement des prestations :

Les prestations sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

En cours de versement des prestations, l'organisme assureur peut demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

Revalorisation prévue à l'article L132-5 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'à son transfert à la Caisse des dépôts et consignations, suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur 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'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} 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 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.

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'Etat 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 celui-ci de l'acte de décès.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque vous n'êtes pas le bénéficiaire des garanties et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont vos ayants droit.

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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter de la survenance de votre décès.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par votre employeur, le bénéficiaire ou votre ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS ?

D'une façon générale, ne sont pas pris en charge les risques résultant :

- de votre fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- du fait de guerres civiles et étrangères dès lors que vous y prenez une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de votre part par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale,
- d'un acte volontaire effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.
- d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée ou déconseillée sauf raison professionnelle telle que publiée sur le site du Ministère des Affaires étrangères français.

La garantie rente d'éducation n'est pas accordée dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur votre personne et a été condamné pour ces faits,
- en cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que vous y prenez une part active,
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes.

Y A-T-IL UN CONTRÔLE MÉDICAL ?

L'organisme assureur peut, à tout moment :

- faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

Lors du contrôle médical, vous avez la faculté de vous faire assister par un médecin de votre choix ou tout autre professionnel de santé.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si vous refusez ces contrôles ou refusez de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

MODALITÉS DE GESTION SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

▪ Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle

La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en terme de durée, ni en terme d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du contrat d'assurance sont versées sans aucune particularité.

▪ Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé :

Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- Il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison.

- Dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec votre médecin traitant, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur vous seront notifiées et s'imposeront, si vous ne les contestez pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire de votre médecin traitant.

- Dans tous les cas, vous ne pourrez vous soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur, et devrez répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, vous devrez accepter de recevoir le médecin à votre domicile, selon un rendez-vous pris en commun.

- Sauf cas de force majeure, si vous refusez de vous soumettre à un contrôle, votre droit à prestation sera suspendu tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si vous ne pouvez pas bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait que vous ne remplissez pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

LITIGES MÉDICAUX

Vos déclarations peuvent être soumises aux médecins experts de l'organisme assureur.

A tout moment, cet organisme peut faire appel à ses médecins experts qui auront libre accès auprès vous afin de pouvoir constater votre état. En cas de silence gardé ou de refus de votre part relatif à la demande de l'organisme assureur, dans un

délaï de 30 jours à compter de la lettre de mise en demeure, les prestations dues ou en cours de service cesseront de vous être versées.

Lorsque vous avez donné suite à la demande d'expertise médicale de l'organisme assureur, et en cas de contestations des conclusions du médecin expert de cet organisme, une expertise contradictoire pourra être mise en œuvre sur simple demande écrite de votre part. Dans ce cas, chaque partie pourra se faire assister du médecin de son choix. Les frais et honoraires des médecins assistant les parties restent à la charge de ces dernières.

Si à l'issue de l'expertise médicale contradictoire, des conclusions communes ne peuvent être établies, il pourra être fait appel à un médecin tiers. Celui-ci sera choisi conjointement par vous-même et l'organisme assureur sur la liste des médecins experts auprès de la Cour d'Appel du lieu de votre domicile de l'assuré. Les frais et honoraires du médecin tiers seront pris en charge pour moitié par chaque partie.

En dernier recours, les parties pourront saisir le Tribunal compétent de votre lieu de domicile pour obtenir une expertise judiciaire.

SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, lorsque vous êtes victime d'une atteinte à la personne dans vos droits ou actions ou ceux de vos ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées, conformément aux dispositions de la Loi n°85-677 du 05 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relatives au recours contre les tiers en matière d'assurances de personnes.

DÉFINITIONS

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par

1- Invalidité et incapacité permanente professionnelle

Invalidité :

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale (article R 341-2 du code de la Sécurité sociale) et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale*

**Art. L341-4 du code de la Sécurité sociale : en vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :*

1° Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité lui procurant gain ou profit ;

3° Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Incapacité permanente professionnelle :

Incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à 66 % : il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1er du code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L.434-2 dudit code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée au titre de l'invalidité- incapacité permanente professionnelle, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

2- Incapacité temporaire de travail :

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (livre III - du Titre du code de la Sécurité sociale).

3- Invalidité permanente et absolue (IPA) :

Est considéré comme atteint d'invalidité permanente et absolue, l'assuré reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^{ème} catégorie d'invalide, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

4- Enfant à charge:

Pour le bénéfice de la garantie double effet, sont considérés comme à charge:

- Les enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint.
- Les enfants âgés de moins de 26 ans à charge de l'assuré ou de son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - Les enfants pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - Les enfants auquel l'assuré sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- Les enfants handicapés si, avant leur 21^{ème} anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalide civil et/ou bénéficient de l'allocation des adultes handicapés,
- Les enfants quel que leur son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, les enfants infirmes à charge de l'assuré ou de son conjoint n'étant pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.
- Les enfants de l'assuré nés « viables » moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Pour le bénéfice de la garantie **rente éducation**, sont considérés comme à charge les enfants de l'assuré, dont la filiation avec l'assuré (y compris adoptive) est légalement établie :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - 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 ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les 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 inscrit auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

La rente éducation est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès de l'assuré est reconnu en invalidité, équivalente à l'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ». Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Sont également considérés comme à charge :

- les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin, de l'ex-conjoint, qui ont vécu au foyer de l'assuré jusqu'à la date de l'événement ouvrant droit à prestations et répondant aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

5- Conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé par un jugement définitif.

La notion de concubinage est précisée à l'article 515-8 du code Civil. Le concubinage doit être notoire et continu. On entend par concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré au moment du décès et pouvant justifier d'une communauté de vie avec celui-ci d'au moins deux ans. Cette condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un enfant commun est né de cette union.

On entend par partenaire lié par un PACS : la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du code Civil. Ce PACS doit avoir été conclu au moins 2 ans avant la date du décès de l'assuré ou du partenaire, pour que ceux-ci puissent bénéficier des garanties respectivement accordées à chacun d'entre eux par le présent contrat au titre du décès. Aucune condition de durée du PACS n'est exigée lorsqu'un enfant commun est né de cette union.

RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé à :

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX

Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul - 59 896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations d'AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale - 10 rue Cambacérés 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ECHANGES DEMATERIALISES

1- Définition

La dématérialisation des échanges entre l'Institution et le souscripteur ou l'assuré est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;

- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur ou l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).

- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet d'AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'Institution de tout changement d'adresse électronique.

2- Mise en œuvre et vérifications par l'Institution

Lorsque l'Institution souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué au paragraphe A) ci-dessus, elle vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré.

L'Institution vérifie la validité de l'adresse électronique communiquée, le cas échéant par le souscripteur ou l'assuré, en lui envoyant un e-mail de confirmation contenant un lien internet de vérification ou en demandant au souscripteur de se connecter à son Espace Client.

La vérification par l'Institution du caractère adapté s'effectue annuellement.

3- Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'Institution

Après les vérifications mentionnées au B) ci-dessus, l'Institution peut mettre à disposition ou fournir au souscripteur ou à l'assuré, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

Le souscripteur et l'assuré déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'Institution sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'Institution.

Le souscripteur et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du souscripteur, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat. Le souscripteur et l'assuré peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué au paragraphe A) ci-dessus n'est pas adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par le souscripteur sous format papier.

4- Droit d'opposition du souscripteur et de l'assuré

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le souscripteur et l'assuré ont la possibilité de s'opposer à la fourniture et la mise à disposition de documents et d'informations par voie dématérialisée, soit sur l'Espace Client, soit par courrier adressé au siège social de l'Institution (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris).

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, membre d'AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur utilise :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés ; les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles 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 souscripteurs au travers de :

- 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 à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- la lutte contre la fraude, 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

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

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'organisme assureur peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des 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 renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur 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.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres d'AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant et leur rectification. Ils disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent enfin s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

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.

Les bénéficiaires sont informés de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

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.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'organisme assureur : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les DOM.

Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

LES JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer tout autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

DOCUMENTS A FOURNIR	INCAPACITE DE TRAVAIL (IJ)	RENTES INVALIDITE, IPP	DECES IPA	RENTE EDUCATION (OCIRP)
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise ou de l'association	<input type="checkbox"/>			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, à défaut, l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale	<input type="checkbox"/>			
Photocopie des 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Demande de rente, signée de l'entreprise ou de l'association		<input type="checkbox"/>		
Notification d'attribution de pension d'Invalidité émanant de la Sécurité sociale		<input type="checkbox"/>		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demande de capital décès ou d'IPA signée de l'entreprise ou de l'association			<input type="checkbox"/>	
Acte de décès (bulletin de décès)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			<input type="checkbox"/>	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			<input type="checkbox"/>	
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou du partenaire de PACS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En présence d'enfants ou de personnes à charge, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage ou de professionnalisation ...			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone, ...)			<input type="checkbox"/>	
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS (copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné)			<input type="checkbox"/>	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^{ème} catégorie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande de rente signée de l'entreprise ou de l'association				<input type="checkbox"/>
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité, et l'adresse des bénéficiaires			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation d'inscription au POLE EMPLOI			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RÉCEPTION

IMPORTANT

Attestation de réception à découper et à remettre à votre employeur

ATTESTATION DE RÉCEPTION

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information « Prévoyance collective à adhésion obligatoire - Convention collective nationale juillet 2022 » au bénéfice de l'ensemble du personnel non cadre.

A..... le.....

Signature :
