



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance collective à adhésion obligatoire

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

**Personnel Non Cadre
Conditions Générales - Édition juillet 2022**

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - AFFILIATION AU CONTRAT D'ASSURANCE	7
ARTICLE 1 - REGIME CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE	7
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE	7
ARTICLE 3 - INTERVENANTS A L'ADHESION	7
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET - DUREE - RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE	8
ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS	8
ARTICLE 6 - DISPOSITION SPECIALE	10
ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	10
ARTICLE 8 - MODALITES D'AFFILIATIONS DES ASSURES	12
CHAPITRE 2 - GARANTIES SOUSCRITES	13
I- DECES, INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), DOUBLE EFFET	13
ARTICLE 9 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 10 - BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS	13
ARTICLE 11 - CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	14
II- RENTE EDUCATION (OCIRP)	14
ARTICLE 12 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	14
ARTICLE 13 - CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	14
III - MAINTIEN DE SALAIRE DU PERSONNEL NON CADRE NON INDEMNISE PAR LA SECURITE SOCIALE	15
ARTICLE 14 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	15
IV - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	15
ARTICLE 15 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 16 - CONDITIONS DE REGLEMENT DE PRESTATIONS	16
V- INVALIDITE, INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	17
ARTICLE 17 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	17
ARTICLE 18 - ASSURE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU	18
ARTICLE 19 - CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	18
CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS GENERALES	18
ARTICLE 20 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	18
ARTICLE 21 - MAINTIEN DES GARANTIES	19
ARTICLE 22 - TERME DES GARANTIES	21
ARTICLE 23 - MODE DE CALCUL	21
ARTICLE 24 - REVALORISATION	22
ARTICLE 25 - COTISATION DUE	23
ARTICLE 26 - EXONERATION DU PAIEMENT	23
ARTICLE 27 - DEFAUT DE PAIEMENT	23
ARTICLE 28 - VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
ARTICLE 29 - LOI ECKERT DU 13 JUIN 2014 :	24
ARTICLE 30 - PRESCRIPTION	25
ARTICLE 31 - EXCLUSIONS	25
ARTICLE 32 - CONTRÔLE MEDICAL	25

ARTICLE 33 - MODALITES DE GESTION SPECIFIQUES AUX PERSONNES N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPECES DE LA SECURITE SOCIALE	26
ARTICLE 34 - LITIGES MEDICAUX	26
ARTICLE 35 - SUBROGATION	27
ARTICLE 36 - DEFINITIONS.....	27
ARTICLE 37 - RECLAMATIONS ET LITIGES.....	28
ARTICLE 38 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	29
ARTICLE 39 - AUTORITE DE CONTRÔLE.....	30
ARTICLE 40 - TERRITORIALITE	30
LES JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS	31

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le 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 Laffitte - 75009 PARIS.

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

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 - AFFILIATION AU CONTRAT D'ASSURANCE

ARTICLE 1 - REGIME CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

Par accord du 07 juillet 2005, les syndicats d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont organisé un régime de Prévoyance (Chapitre X « Prévoyance » de la Convention Collective Nationale du Sport).

Ce régime détaillé ci-après a été modifié en dernier lieu suite à la signature de l'avenant n° 157 du 17 février 2022 modifiant le chapitre X précité, dont les dispositions sont entrées en vigueur à effet du 01 juillet 2022.

Il est institué au profit du personnel des entreprises ou associations entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale du Sport du 07 juillet 2005 et 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 » pour l'application des dispositions prévues ci-après.

() 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.*

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance a pour objet la mise en œuvre du régime conventionnel de prévoyance obligatoire visé à l'article 1, mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés tels que définis à l'article 1, auprès de l'un des organismes assureurs visés en page 4 ci-dessus, choisi par le souscripteur.

Il est composé des présentes conditions générales et du bulletin de souscription ou des conditions particulières ou du contrat d'adhésion obligatoirement joints, ces derniers prévalant sur les conditions générales en cas de contradiction sur des dispositions portant sur le même objet.

Les présentes conditions générales définissent les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir ainsi que les obligations des parties contractantes ; elles comportent également les clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Les conditions particulières définissent notamment la date de prise d'effet du contrat et les taux de cotisation applicables.

Lors de la réalisation des risques garantis, les prestations sont versées selon les modalités définies par les présentes conditions générales et les conditions particulières (ou le bulletin de souscription ou le contrat d'adhésion).

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières (ou le bulletin de souscription ou le contrat d'adhésion) organisent la mise en œuvre du régime de prévoyance collectif à adhésion obligatoire mis en place par le souscripteur au profit de l'ensemble des salariés définis à l'article 1.

Tous les contrats d'assurance au régime conventionnel de prévoyance obligatoire souscrits dans le cadre des présentes conditions générales feront l'objet d'un suivi technique mutualisé ; toute évolution des conditions d'assurance s'appliquera à l'ensemble desdits contrats.

ARTICLE 3 - INTERVENANTS A L'ADHESION

Les organismes assureurs sont :

- soit **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R ;
- soit **MUTEX**, Société Anonyme régie par le code des Assurances ;
- soit **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance relevant du code de la Sécurité Sociale ;

pour les garanties :

- Maintien de salaire (du personnel assuré non indemnisé par la Sécurité sociale),
- Arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle),
- Décès, Invalidité permanente et absolue (IPA), Double effet,

- **et l'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP)**, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale :
- pour la Rente éducation.

AG2R Prévoyance, MUTEX, Malakoff Humanis Prévoyance gèrent l'ensemble des garanties ci-dessus, y compris pour le compte de l'OCIRP (assureur de la garantie Rente Education) et sont ci-après désignés sous le terme **l'Organisme Assureur**.

Le souscripteur est l'entreprise ou l'association mentionnée au bulletin de souscription ou aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion lié aux présentes conditions générales, entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale du Sport du 07 juillet 2005.

Les assurés sont les salariés **dits** « non cadres » inscrits à l'effectif du souscripteur, à la date d'effet du contrat d'assurance (ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement).

L'affiliation des salariés « non cadres » selon les modalités définies à l'article 8 des présentes conditions générales présente un caractère obligatoire.

Sont également assurés les anciens salariés « non cadres » bénéficiaires de la portabilité des garanties de prévoyance en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et ce, dans les conditions définies aux présentes conditions générales.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET - DUREE - RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat prend effet à la date mentionnée au bulletin de souscription au régime conventionnel de prévoyance obligatoire ou aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription.

Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

Il peut être résilié à chaque échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis d'une durée de 2 mois avant cette échéance, soit avant le 31 octobre précédant la date de son renouvellement :

- à l'initiative de l'organisme assureur par lettre recommandée,
- à l'initiative du souscripteur en adressant une notification à AG2R Prévoyance :
 - soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2rlamondiale.fr ;
 - soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
 - soit par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation annuelle par écrit.

Le présent contrat peut être également résilié en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 27 des présentes conditions générales ou à l'initiative du souscripteur en cas de refus de révision du contrat dans les conditions définies à l'article 6.

Si le souscripteur ne relève plus du champ d'application de la Convention Collective Nationale du Sport du 07 juillet 2005, le contrat est résilié à la date de changement d'activité de son entreprise ou association. En cas de changement, le souscripteur en informe l'organisme assureur dans les plus brefs délais.

ARTICLE 5 - PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 (dite loi EVIN), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les parties conviennent d'organiser la prise en charge des sinistres en cours tels que définis à l'article 7.1, dans les conditions suivantes.

La garantie Maintien de salaire n'est pas concernée par le présent article.

5.1. Concernant les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux 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 et sous réserve pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil de l'organisme assureur), et non assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective

Les organismes assureurs leur garantissent, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux présentes conditions générales.

5.2. Concernant les salariés, et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle, étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux 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 et sous réserve pour la garantie invalidité d'une décision favorable du médecin conseil de l'organisme assureur), et assurés au titre d'un contrat de prévoyance collective uniquement pour des garanties décès ou pour des garanties ne permettant pas une indemnisation pour l'arrêt de travail en cours

Les organismes assureurs leur garantissent, dès la date d'effet du contrat et dans les conditions d'assurance prévues par ce dernier, le droit à la prise en charge intégrale des garanties définies aux présentes conditions générales.

5.3 Concernant les salariés et anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat

✓ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle et décès

Les organismes assureurs garantissent, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

✓ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle

Les organismes assureurs garantissent, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge des garanties décès définies aux présentes conditions générales.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

✓ En présence d'un contrat précédent assurant les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et décès

Les organismes assureurs garantissent, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent,
- le droit à la prise en charge de la garantie incapacité permanente professionnelle définie aux présentes conditions générales,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès du présent contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie.

L'organisme assureur prend en charge, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement la date d'effet du présent contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'est pas assurée au titre d'un contrat de prévoyance collective.

5.4 Concernant les bénéficiaires de rentes éducation au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat

L'OCIRP garantit, dans les conditions prévues au présent contrat, à compter de sa date d'effet, les revalorisations futures des rentes en cours de service au jour de la date d'effet du contrat, aux bénéficiaires dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, si la prise en charge de ces revalorisations n'était pas assurée au titre du contrat précédent.

Les bénéficiaires de ces dispositions sont déclarés par le souscripteur à l'adhésion conformément à l'article 7.1, dont la liste figure en annexe au bulletin de souscription ou aux conditions particulières ou contrat d'adhésion.

Les organismes assureurs calculeront la prime additionnelle et/ou sur-cotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes, due par l'entreprise ou l'association en contrepartie de la reprise des risques en cours par l'organisme assureur.

Lors d'un transfert de personnes dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou une association ou d'une opération de restructuration assimilée, notamment un apport partiel d'actifs, ou un rachat ou reprise d'établissement, les modalités de prise en charge des sinistres en cours, déclarés par le souscripteur conformément à l'article 7.4, sont identiques et s'apprécient à la date d'effet de cette opération ou du transfert de ces nouvelles personnes au contrat. Si la prise en charge des sinistres en cours donne lieu au paiement d'une cotisation additionnelle ou/et d'une prime unique, le financement sera alors formalisé par voie d'avenant au contrat.

ARTICLE 6 - DISPOSITION SPECIALE

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 au 1^{er} juillet 2022. Les changements apportés à ces dispositions postérieurement ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

Toute modification de ces éléments pourra faire l'objet d'une proposition de révision des cotisations et/ou des garanties par les organismes assureurs au souscripteur, et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

En cas de désaccord entre le souscripteur et l'organisme assureur, ce dernier pourra mettre en œuvre la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article 4 des présentes conditions générales.

Jusqu'à la date de prise d'effet de l'avenant ou de la lettre-avenant, ou de la résiliation du présent contrat, les prestations demeurent calculées sur la base des dispositions légales, réglementaires et/ou conventionnelles antérieurement en vigueur.

Les taux de cotisation pourront être également révisés **en fonction des résultats techniques mutualisés** de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales, conformément à l'article 25.

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant aux conditions définies au présent contrat.

Le souscripteur s'engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d'information établie par l'organisme assureur pour le compte de l'OCIRP et pour son propre compte, qui définit les garanties prévues par les présentes conditions générales et leurs modalités d'application.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'assuré et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, par voie d'avenant ou lettre avenant au présent contrat, le souscripteur est également tenu d'en informer chaque assuré par écrit et de lui remettre une notice dûment actualisée en cas de modification de celle-ci, ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur.

Les organismes assureurs ne sont autorisés à gérer informatiquement des données nominatives et le NIR que dans le seul objectif de la gestion du contrat.

Le souscripteur s'engage à payer les cotisations à leurs échéances suivant les modalités fixées à l'article 25 des présentes conditions générales.

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

1 A la souscription

- ✓ Si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN, une liste du personnel « non cadre » à assurer indiquant notamment pour chaque intéressé :
 - a) son n° Sécurité sociale,
 - b) ses nom et prénoms,
 - c) son sexe,
 - d) sa date de naissance,
 - e) sa date d'embauche,
 - f) sa situation de famille telle que connue et déclarée auprès du souscripteur,
 - g) son salaire annuel brut tel que défini à l'article 23 des présentes conditions générales.

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux :

- qui sont en congé de maternité, paternité ou adoption et ceux dont le contrat de travail est suspendu dans d'autres situations en précisant les dates d'effet de suspension et le motif,
- qui exercent leur activité avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- qui bénéficient du dispositif « cumul emploi-retraite ».

Cet état peut être remplacé par les informations transmises via la déclaration sociale nominative (DSN) du mois de la date d'effet du présent contrat, ou de la date effective de sa signature si celle-ci est postérieure à la date d'effet.

- ✓ Une liste déclarative des risques en cours, c'est-à-dire des personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes au jour de la date d'effet du présent contrat au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date :
 - les salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, et étant indemnisés ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux 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), en distinguant les personnes indemnisées des personnes non indemnisées par la sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas les salariés ne satisfaisant pas aux 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);
 - les salariés et les anciens salariés, bénéficiant de prestations d'incapacité temporaire de travail, de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle au titre d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat ,
 - les bénéficiaires de rentes d'éducation en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
 - les anciens salariés bénéficiaires de prestations au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,
 - les anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en arrêt de travail mais non bénéficiaires de prestations complémentaires.

La déclaration doit être accompagnée du montant et de la description des garanties de même nature précédemment assurées par un éventuel autre organisme assureur, des éléments servant de base au calcul des prestations servies ainsi que de leurs conditions d'attribution et de versement.

- ✓ Un état nominatif des anciens salariés « non cadres » bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale indiquant pour chaque intéressé :
 - son n° de Sécurité sociale ;
 - ses nom et prénoms ;
 - son sexe ;

- sa date de naissance ;
- la date de cessation de son contrat de travail ;
- le salaire annuel brut soumis aux cotisations de Sécurité sociale précédant cette date de cessation ;
- la période de maintien de garanties.

2 En cours d'exercice

Si le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la DSN :

- entrée des nouveaux assurés : les pièces prévues au 1 du présent article, avec indication de la date d'engagement ;
- sortie des assurés : un état rectificatif du personnel indiquant les dates et le motif de départ ;
- changement de catégorie professionnelle des assurés ;
- modifications de situation de famille : un état récapitulatif du personnel assuré tel que prévu au 1 du présent article avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance ;
- un état rectificatif du personnel en situation de cumul emploi-retraite ;
- un état rectificatif des personnes dont le contrat de travail est suspendu indiquant les dates de suspension ou de reprise d'activité.

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, ces états doivent être transmis dans le mois suivant l'événement.

3 A chaque fin d'exercice

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf 1. ci-dessus).

Pour les souscripteurs ne déclarant pas ces informations via la DSN, le souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

4 En cas de changement affectant le périmètre

En cas de changement de périmètre, le souscripteur s'engage à informer l'organisme assureur en cas de modification ou de création d'établissements, d'ouverture d'une procédure collective ou de changement de convention collective applicable.

En cas d'entrée de nouveaux salariés, notamment dans le cadre d'une fusion avec une autre entreprise ou une association ou d'une opération de restructuration assimilée (apport partiel d'actifs, rachat ou reprise d'établissement notamment), le souscripteur devra transmettre, au plus tard dans le mois suivant cet événement :

- une liste des personnes se trouvant, au jour de la date de cette opération ou de la date d'effet du transfert de ces nouvelles personnes au contrat, dans l'une des situations de « sinistres en cours » définies à l'article 7.1 et survenues antérieurement à cette date,
- une liste des anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties prévu par le précédent contrat de prévoyance collective au titre de la portabilité des droits en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dans le cas de la reprise de ces engagements par le souscripteur.

ARTICLE 8 - MODALITES D'AFFILIATIONS DES ASSURES

L'affiliation prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés présents à l'effectif à cette date,
- soit à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du présent contrat.

Les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet du contrat doivent être déclarés à l'organisme assureur dans les conditions définies au 1 de l'article 7 des présentes conditions générales.

CHAPITRE 2 - GARANTIES SOUSCRITES

I- DECES, INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), DOUBLE EFFET

ARTICLE 9 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1- Décès

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 10, un capital fixé comme suit :

150 % du salaire de référence,
quelle que soit la situation familiale de l'assuré au jour du décès.

2- Invalidité permanente et absolue (IPA)

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité permanente et absolue (3^{ème} catégorie d'invalidité 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- 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 restant à charge à la date du décès du conjoint, par parts égales entre eux.

ARTICLE 10 - BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

En cas d'invalidité permanente et absolue, le bénéficiaire du capital est l'assuré.

Les bénéficiaires du capital dû lors du décès de l'assuré sont, tout d'abord, la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré 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 est transmis à l'assuré 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 est ouverte pour l'assuré.

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 du décès de l'assuré.

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 l'assuré et du bénéficiaire désigné,
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifiée par écrit à 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 :

- au conjoint survivant ou au concubin notoire ou au partenaire de Pacs ayant toujours cette qualité au jour du décès, tels que définis à l'article 36 des présentes conditions générales ;
- 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.

En cas de **double effet**, le capital est versé par parts égales entre les enfants à charge de l'assuré, directement à ceux-ci dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité.

ARTICLE 11 - CONDITIONS DE REGLEMENT 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 prévu à l'article 32 des présentes conditions générales.

II- RENTE EDUCATION (OCIRP)

ARTICLE 12 - OBJET ET 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 à l'article 36) : 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 handicapé, 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 à l'article 36 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.

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE REGLEMENT 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.

III - MAINTIEN DE SALAIRE DU PERSONNEL NON CADRE NON INDEMNISE PAR LA SECURITE SOCIALE

ARTICLE 14 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

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 :

1- Point de départ 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.

2- 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.

3- 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.

4- Conditions de règlement 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.

IV - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

ARTICLE 15 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet de 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), les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux 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.

1- Point de départ 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.

2- 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, pour l'assuré ne satisfaisant pas aux 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 est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait 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 à l'article 23 « Règle de cumul des prestations ».

3- Terme 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 la reprise du travail à temps complet,
- de la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés 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 son décès.

4 - Rechute

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 considérée 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.

ARTICLE 16 - CONDITIONS DE REGLEMENT DE PRESTATIONS

En l'absence de l'intervention de la Sécurité sociale pour les assurés ne satisfaisant pas aux 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 à l'article 33 des présentes conditions générales.

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 par l'organisme assureur au souscripteur, tant que le contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de les reverser à l'assuré, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En cas de rupture du contrat de travail, elles seront versées directement à l'assuré 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 demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

V- INVALIDITE, INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

ARTICLE 17 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1- Point de départ de l'indemnisation

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur de l'état d'Invalidité 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), 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 66 % en application de l'article L.434-2 alinéa 1er 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.

2- Montant de la prestation

Le montant mensuel de la prestation, y compris les *prestations nettes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale* (restituées de manière théorique 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) 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 perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 23 « Règle de cumul des prestations ».

3- Terme de l'indemnisation

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

- de la date de liquidation de la 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 visées à l'article 17-1,
- du jour où la sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité de l'assuré (ou d'incapacité permanente professionnelle) ou à la date à laquelle le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité de l'assuré,
- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 18 - ASSURE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit 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.

ARTICLE 19 - CONDITIONS DE REGLEMENT 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 sont versées par l'organisme assureur directement à l'assuré à terme échu, mensuellement, le cas échéant, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt 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 demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des rentes ou pensions.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 20 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

20.1 - 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 à l'article 20.2.**

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 le souscripteur 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 pour l'assuré. Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre des présentes conditions générales.

Dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, et sous réserve que l'organisme assureur en soit informé, les garanties définies aux présentes conditions générales retrouvent leur plein effet.

20-2 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par le souscripteur,
- 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 le souscripteur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son 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 à l'article 26.

ARTICLE 21 - MAINTIEN DES GARANTIES

21-1 - 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 présent contrat (hors garantie maintien de salaire) sont maintenues aux anciens salariés du 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 assureur 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 souscripteur. 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 de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte 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 au paragraphe « Modifications contractuelles - Résiliation » 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 l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

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 l'assuré doit :

- 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 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 sa durée et 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 ses 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, sauf si l'assuré continue de percevoir des allocations chômage,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son 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

Les anciens salariés bénéficient des garanties prévoyance du présent régime applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenait lors de la cessation de leur contrat de travail.

La garantie « maintien de salaire » 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 23, 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 seront versées directement à l'ancien salarié, ou au(x) 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 21.1.

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 21.1, 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 à l'article « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

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

Le bénéfice des garanties décès, en cas de décès ou d'invalidité permanente absolue d'un assuré, est maintenu pour les salariés ou anciens salariés, bénéficiaires de prestations incapacité ou invalidité/incapacité permanente professionnelle au titre du présent contrat ou dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du présent 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 présent contrat pour les salariés,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits pour les anciens salariés.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation (prestations différées : passage en invalidité ou IPP supérieure ou égal à 66 %) du présent contrat, ou à la date de cessation du contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies à l'article « Revalorisations ».

Les organismes assureurs pourront proposer aux assurés 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 le salarié en fasse 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.

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

Pour les assurés bénéficiaires de prestations au titre du présent contrat à la date d'effet de la cessation de leur 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 du 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 absolue, les assurés bénéficiaires de prestations au titre du présent contrat à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de leur 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 ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

ARTICLE 22 - TERME DES GARANTIES

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu à l'article 21, les garanties du contrat cessent au plus tard :

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

ARTICLE 23 - MODE DE CALCUL

1- 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 le souscripteur (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 l'article 20.2 des présentes conditions générales, le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur, 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 au calcul des cotisations se décompose comme suit :

- **la tranche A des rémunérations perçues** : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- **la tranche B des rémunérations perçues** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 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.

2- Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

► Garanties décès, invalidité permanente et absolue, double effet et 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 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.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur (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 le souscripteur et ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par le souscripteur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

► Garantie maintien de salaire du personnel « non cadre » non indemnisé par la Sécurité sociale

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, ayant donné lieu à cotisation, limité à 4 fois le plafond annuel de la 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 (CASA) non déductible.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur (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 le souscripteur et ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat, sous déduction des cotisations 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.

3- 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 conduire le salarié à percevoir plus que son salaire net d'activité.

ARTICLE 24 - 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 l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son 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 présent 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 présent 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 présent contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du présent 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 présent contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

ARTICLE 25 - COTISATION DUE

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur semestriellement et à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque semestre civil.

Chaque règlement doit être accompagné en retour de l'avis d'appel de cotisations dûment rempli par le souscripteur, sauf s'il transmet son règlement via la DSN.

Le souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

Les taux de cotisation sont révisables en fonction des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes conditions générales, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 6 « révision du contrat ».

ARTICLE 26 - EXONERATION DU PAIEMENT

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du présent contrat (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération du souscripteur. Lorsque l'assuré perçoit un salaire réduit, la cotisation reste due sur la base du salaire réduit.

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

ARTICLE 27 - DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur 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.

Le présent contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'organisme assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les

fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension 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.

Les frais de recouvrement sont mis à la charge du souscripteur.

ARTICLE 28 - 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 à l'assuré ou au bénéficiaire.

ARTICLE 29 - 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 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat 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 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.

ARTICLE 30 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent 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 le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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 du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre les organismes assureurs 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 l'assuré 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 acte 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 de l'envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception adressé par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 31 - EXCLUSIONS

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

- du fait intentionnel de l'assuré 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 l'assuré y prend 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 l'assuré 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 la personne du salarié 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 l'assuré y prend 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.

ARTICLE 32 - CONTRÔLE MEDICAL

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, l'assuré a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre professionnel de santé.

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

ARTICLE 33 - MODALITES DE GESTION SPECIFIQUES AUX PERSONNES N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPECES DE LA SECURITE 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 le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré.
- Dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir le médecin à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun.
- Sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit 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.

ARTICLE 34 - LITIGES MEDICAUX

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

À tout moment, cet organisme peut faire appel à ses médecins experts qui auront libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état. En cas de silence gardé ou de refus de l'assuré relatif à la demande de l'organisme assureur, dans un délai de 30 jours à compter de la lettre de mise en demeure, les prestations dues ou en cours de service cesseront d'être versées.

Lorsque l'assuré a 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 l'assuré. 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 l'assuré et l'organisme assureur sur la liste des médecins experts auprès de la Cour d'Appel du lieu du 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 du lieu du domicile de l'assuré pour obtenir une expertise judiciaire.

ARTICLE 35 - 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, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses 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.

ARTICLE 36 - DEFINITIONS

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 de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

2- 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'invalidité, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

3- 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'invalidité civile ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » et/ou bénéficient de l'allocation des adultes handicapés,
- Les enfants quel que soit leur âge, sauf déclaration personnelle des revenus, infirmes à charge de l'assuré ou de son conjoint n'étant pas en mesure de subvenir à leurs besoins en raison de leur 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.

4- 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.

ARTICLE 37 - RECLAMATIONS 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 Cambacérès 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/>

ARTICLE 38 - PROTECTION DES DONNEES 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.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

ARTICLE 39 - AUTORITE 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.

ARTICLE 40 - TERRITORIALITE

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

Les prestations des organismes assureurs 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'étude ou d'apprentissage ou de professionnalisation...			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidité ou mobilité inclusion ou d'attribution de l'allocation handicapé 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 de 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"/>