



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance

Enseignement privé sous contrat
Accord national du 2 octobre 2013

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2022

Personnel cadre et assimilé

Sommaire

Présentation	3
Vos garanties prévoyance	4
Décès ou invalidité absolue et définitive	4
Arrêt de travail	4
Titre I – Dispositions générales	5
Article I.1. – Objet	5
Article I.2. – Prise en charge des risques en cours	5
Article I.3. – Cessation et suspension des garanties	6
Article I.4. – Cotisations	6
Article I.5. – Prestations	6
Article I.6. – Prescription	6
Article I.7. – Assiette des prestations	7
Article I.8. – Exclusions - Risques non garantis	7
Article I.9. – Protection des données à caractère personnel	8
Article I.10. – Recours contre tiers responsable	9
Article I.11. – Contrôle de l'organisme assureur	9
Article I.12. – Fausse déclaration	9
Article I.13. – Réclamation – Médiation	9
Article I.14 – Date d'effet	10
Titre II - Garanties	11
Chapitre I - Garantie décès – invalidité absolue et définitive (IAD)	11
Chapitre II - Garantie incapacité de travail – invalidité permanente	14
Annexe I	21
Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de pré-retraite progressive	21
Annexe II	22
Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de pré-retraite totale	22
Annexe III	23
Maintien des garanties au personnel en congé parental d'éducation ou temps partiel d'éducation ou en congé non rémunéré	23
Annexe IV	25
Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit a prise en charge par le régime d'assurance chômage	25
Mes services	27
Découvrez notre application mobile « service client »	27
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers	28

Présentation

L'accord national de prévoyance des personnels cadres et assimilés du 2 octobre 2013, modifié en date du 26 juin 2014, de l'Enseignement privé sous contrat, prévoit les garanties :

- incapacité de travail, invalidité permanente ;
- décès, invalidité absolue et définitive.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE.

La notice d'information est réalisée pour aider le participant à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.



Accusé de réception de la notice d'information

Document à remettre à votre Chef d'Établissement

Je soussigné(e) _____

Certifie avoir reçu de mon employeur une NOTICE D'INFORMATION relative au régime de prévoyance des personnels cadres et assimilés de l'Enseignement privé sous contrat, mis en place auprès de :

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Vos garanties prévoyance

Décès ou invalidité absolue et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Capital décès « toutes causes »	
Tout participant	300 %
Majoration par personne à charge	150 %
OU en cas d'enfant à charge, chaque enfant à charge bénéficiaire peut demander au moment du décès la substitution de la majoration par une rente d'éducation :	
Jusqu'au 6 ^e anniversaire	6 %
Du 6 ^e au 16 ^e anniversaire	9 %
Du 16 ^e au 23 ^e anniversaire	15 %
Invalidité absolue et définitive (IAD)	
Les majorations pour personne à charge ne sont versées le cas échéant qu'au moment du décès	Versement par anticipation du capital décès de base toutes causes
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé	Versement aux enfants à charge d'un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant

(1) L'assiette des prestations est définie à l'article I.7-1.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
À compter du 31 ^e jour d'arrêt de travail continu pour le participant ayant moins d'un an d'ancienneté	95 % sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net partiel maintenu par l'adhérent
À l'issue des droits au maintien de salaire et/ou partiel par l'employeur pour le participant ayant au moins un an d'ancienneté	95 % sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net partiel maintenu par l'adhérent
Invalidité permanente : rente annuelle	
Rente d'invalidité 1 ^{re} ou 2 ^e catégorie, rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 66 % et 80 %	95 % sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net partiel maintenu par l'adhérent
Rente d'invalidité 3 ^e catégorie, rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 80 %	95 % sous déduction des prestations Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole (nettes de charges sur les revenus de remplacement) et du salaire net partiel maintenu par l'adhérent + indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne

(1) L'assiette des prestations est définie à l'article I.7-2.

Titre I – Dispositions générales

Article I.1. – Objet

Les partenaires sociaux ont signé un accord de prévoyance en date du 2 octobre 2013, modifié en date du 26 juin 2014, ayant pour objet la mise en œuvre des garanties de prévoyance du personnel relevant du régime des cadres et assimilés au titre des dispositions des articles 4 et 4 bis de la Convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, des établissements d'enseignement privé entrant dans le champ d'application de l'accord du 2 octobre 2013, à savoir l'ensemble des salariés cadres et assimilés sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement dans la catégorie.

Vous trouverez dans cette notice les garanties du contrat ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre établissement ou directement à votre centre de gestion.

Pour l'application de la présente notice d'information :

- le mot « organisme assureur » désigne la mutuelle ou l'institution de prévoyance garantissant les prestations ;
- le mot « adhérent » désigne l'employeur, personne physique ou personne morale, adhérente au contrat ;
- le mot « participant » désigne le salarié assuré ;
- le mot « bénéficiaire » désigne la personne qui perçoit les prestations détaillées dans la présente notice.

Article I.2. – Prise en charge des risques en cours

Sont considérés comme sinistres en cours, les sinistres concernant les personnes se trouvant dans l'une des situations suivantes à la prise d'effet du contrat :

- les salariés et anciens salariés se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente et étant indemnisés à ce titre au 31 août 2013 ou au 31 décembre 2013, selon la date d'adhésion de l'établissement ;
- les bénéficiaires de rentes éducation percevant une prestation au 31 août 2013 ou au 31 décembre 2013, selon la date d'adhésion de l'établissement.

Les parties conviennent d'organiser, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite Loi Évin), de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection complémentaire et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 et de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010, la prise en charge des sinistres en cours par les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013, dans les conditions suivantes :

- Pour les établissements précédemment assurés au titre de l'accord du 4 mai 2011 auprès d'un des organismes assureurs mentionnés à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013 :
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 garantissent le maintien des garanties décès aux assurés en arrêt de travail pour incapacité ou invalidité dont les droits à prestations sont nés antérieurement au 31 août 2013, et ce, pendant toute la durée de leur indemnisation ainsi que les revalorisations annuelles futures de l'assiette de calcul des prestations en cas de décès ;
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 garantissent aussi le maintien et la revalorisation annuelle des prestations périodiques en cours de service au 31 août 2013 ;
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu au 1^{er} septembre 2013.
- Pour les établissements précédemment assurés auprès d'un organisme assureur non mentionné à l'article 6 de l'accord du 2 octobre 2013 :
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 garantissent la revalorisation annuelle future des prestations périodiques en cours de service à la date d'adhésion au contrat ;
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 prennent en charge également le différentiel des garanties décès pour les salariés définis ci-dessus dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion au contrat.

- Pour les établissements non précédemment assurés qui viendraient à appliquer l'accord du 2 octobre 2013 et à souscrire au contrat :
 - les organismes assureurs mentionnés à l'article 6 garantissent la prise en charge et la revalorisation annuelle des prestations périodiques des personnes en arrêt de travail inscrites aux effectifs à la date d'adhésion au contrat.

Article I.3. – Cessation et suspension des garanties

Article I.3-1 - Cessation des garanties

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- résiliation du contrat national d'assurance ou de l'adhésion ;
- rupture du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de préretraite progressive, de préretraite totale, de licenciement économique ou pour inaptitude avec impossibilité de reclassement ;
- sortie du participant du champ d'application du contrat ;
- liquidation de la retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, sauf cumul emploi retraite dans les établissements et organismes visés dans l'accord de prévoyance des personnels non cadres du 2 octobre 2013.

Article I.3-2 - Suspension des garanties

Congé parental d'éducation - temps partiel d'éducation - Autre congé non rémunéré

Les participants bénéficiant d'un congé parental d'éducation ou d'un temps partiel d'éducation ou d'un congé non rémunéré peuvent demander le maintien des garanties prévues au chapitre I du titre II « Garantie décès et invalidité absolue et définitive (IAD) ».

Les modalités de ce maintien sont définies à l'annexe 3.

Article I.4. – Cotisations

La répartition des cotisations entre l'adhérent et les participants est fixée par l'accord de prévoyance des personnels cadres et assimilés du 2 octobre 2013 modifié en date du 26 juin 2014. L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Article I.5. – Prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Titre II - Garanties.

Article I.6. – Prescription

Toute action dérivant du contrat ou de l'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée :

- à 5 ans en ce qui concerne le risque incapacité de travail si l'organisme assureur est une institution de prévoyance ;
- à 10 ans concernant le risque « décès ».

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 et suivants du Code civil. Celle-ci peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article I.7. – Assiette des prestations

Article I.7-1 - Garantie décès – invalidité absolue et définitive

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires bruts soumis à cotisation au titre du régime et perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations et déclarés à l'Administration Fiscale.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date du nouveau fait générateur (décès – invalidité absolue et définitive - double effet).

Article I.7-2 - Garantie incapacité de travail – invalidité permanente

L'assiette de calcul des prestations est égale aux salaires nets perçus au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations, c'est-à-dire aux salaires bruts déclarés à l'Administration Fiscale déduction faite des cotisations sociales salariales.

Si le participant entrait dans le champ d'application du contrat depuis moins de douze mois au moment de l'arrêt de travail, l'assiette de prestations est calculée comme si le participant était entré dans le champ depuis douze mois.

Si le participant appartenait depuis moins de douze mois à l'emploi dans lequel il est classé au moment de l'arrêt de travail, l'assiette des prestations est calculée comme si le participant était classé depuis douze mois dans ce dernier.

Cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité.

Cependant cette assiette est revalorisée en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date de passage en invalidité, si cette dernière est antérieure au 1^{er} janvier 2011.

Article I.7-3 - Dispositions communes

Toutefois, l'assiette des prestations est reconstituée prorata temporis à partir des salaires correspondant aux mois civils de présence à temps complet au sein de l'adhérent lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à 12 mois ;
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Lors de la demande de prestations, l'adhérent atteste que le participant appartenait bien à la catégorie de personnel garantie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations, et déclare ses éléments de salaires bruts et nets perçus formant le traitement de base.

L'organisme assureur peut demander les justifications nécessaires et se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations de salaires sur pièces.

Article I.8. – Exclusions - Risques non garantis

Les garanties décès s'appliquent sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause.

Toutefois, en cas de guerre ou de transmutation de l'atome, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ou en cas de transmutation de l'atome.

Enfin, en cas de meurtre du participant par un bénéficiaire celui-ci est déchu de ses droits.

Article I.9. – Protection des données à caractère 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 de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- 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 nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients 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 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 ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

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

Nous pouvons être amenés 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, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (l'entreprise ou l'association adhérente, par exemple) 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 de prescriptions légales.

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

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses 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 la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la possibilité 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.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le participant et ses 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 notre politique de protection des données personnelles :

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

Article I.10. – Recours contre tiers responsable

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article I.11. – Contrôle de l'organisme assureur

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise : 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Article I.12. – Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par une personne habilitée que par le participant servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel de l'adhésion, aussi l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation de l'adhésion. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

Article I.13. – Réclamation – Médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de joindre 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 de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP :

- soit par courrier, à l'adresse suivante : Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris
- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Échanges dématérialisés

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

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour l'employeur et le participant depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'employeur ou le participant (ou renseignée par l'employeur sur l'Espace Client le cas échéant) ;
- et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'employeur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient à l'employeur ou au participant d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

Lorsque l'organisme assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation de l'employeur ou du participant.

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

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

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

L'employeur et le participant déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'organisme assureur sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'organisme assureur.

L'employeur et le participant pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client de l'employeur, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non renouvellement du contrat.

L'employeur et le participant peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges. Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation de l'employeur ou du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'organisme assureur sous format papier.

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

Article I.14 – Date d'effet

Les dispositions de la présente notice sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2020 selon l'adhésion de votre établissement. Elles ne remettent pas en cause les désignations de bénéficiaires particulières, établies antérieurement par les participants déjà affiliés au 31 août 2013, sauf volonté contraire expresse de leur part.

Titre II - Garanties

Chapitre I - Garantie décès – invalidité absolue et définitive (IAD)

Article II.1 – Objet de la garantie

La garantie décès a pour objet, si un participant décède ou est atteint, pendant la durée de l'assurance, d'une Invalidité Absolue et Définitive, le paiement aux bénéficiaires désignés d'un capital, sous réserve des exclusions visées à l'article I.8 de la présente notice, à savoir :

- le versement d'un capital de base en cas de décès du participant,
- le versement de majoration pour personne à charge en cas de décès du participant,
- le versement anticipé du capital décès de base en cas d'invalidité absolue et définitive,
- le versement d'un second capital au profit de chaque enfant à charge en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint,

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation.

Le choix est alors effectué, au moment du décès du participant, par tout enfant bénéficiaire de la majoration pour enfant à charge. Lorsque celui-ci ne bénéficie pas de la capacité juridique, le choix est effectué par son représentant légal.

Article II.2 – Montant de la garantie

Décès du participant

Le montant du capital de base garanti est fixé à **300** % de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice.

Ce capital est majoré de **150** % de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice, par personne à charge.

En cas d'enfant à charge, la majoration pour personne à charge pourra, sur demande de chaque enfant ou de son représentant légal, être substituée par le service d'une rente éducation dont le montant est fixé en pourcentage de l'assiette des prestations définie à l'article I.7-1 de la présente notice, comme suit :

- enfant à charge âgé de – 6 ans : 6 % ;
- enfant à charge âgé de 6 ans à – 16 ans : 9 % ;
- enfant à charge âgé de 16 ans jusqu'au 23^e anniversaire: 15 %.

Invalidité absolue et définitive (IAD)

En cas d'invalidité absolue et définitive d'un participant pendant la période d'assurance, le capital de base prévu ci-dessus est versé par anticipation au participant ou à son représentant légal. L'invalidité absolue et définitive est celle définie à l'article II-4 ci-après.

En cas de décès ultérieur du participant, il n'est alors plus versé de capital de base. Seules les éventuelles majorations pour personnes à charge sont calculées et versées au moment du décès du participant en fonction de la situation de famille à cette date et dans les conditions définies à l'article II.4 de la présente notice.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé au moment du décès, chaque enfant bénéficiaire reçoit un second capital égal à la majoration pour enfant à charge versé au moment du décès du participant.

Le conjoint ou assimilé et les enfants bénéficiaires sont ceux définis à l'article II-4 ci-après.

Article II.3 – Bénéficiaires

Décès du participant

Désignation type

En cas de décès d'un participant, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital de base est versé par priorité :

à son conjoint et assimilé survivant tel que défini à l'article II.4 ;

à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés, nés ou à naître ;

– à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;

– à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales ;

– à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour personne à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

Désignation particulière

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

Le participant doit informer l'organisme assureur de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Si plusieurs bénéficiaires sont désignés, en cas de prédécès de l'un d'entre eux, la part lui revenant sera versée à ses enfants vivants ou représentés par parts égales et à défaut à ses héritiers.

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

– si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant le participant,

– ou si le participant et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès. Dans ce cas, le participant est présumé avoir survécu.

Lorsque l'organisme assureur est informé du décès, il avise le bénéficiaire, si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

Décès postérieur ou simultané du conjoint et assimilé

Le capital y afférent est versé à l'enfant bénéficiaire tel que défini à l'article II-4 ci-après s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article II.4 – Définitions

Conjoint et assimilé

Est considéré comme conjoint :

– le conjoint (époux ou épouse du participant non divorcé ni séparé judiciairement),

– le partenaire avec lequel le participant était lié par un pacte civil de solidarité au moment du décès,

– la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec le participant, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

Personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge :

– le conjoint et assimilé survivant (défini à l'article II.4 ci-dessus) à charge reconnu comme tel par le Code de la Sécurité sociale ;

– les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

• être âgés de moins de vingt-trois ans ;

• vivre au foyer ou entrer en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu ;

• ne pas avoir commencé à exercer une activité professionnelle rémunérée continue à temps plein depuis plus de trois mois (les enfants effectuant des stages de formation professionnelle ou sous contrat d'apprentissage ne sont pas considérés comme exerçant une activité rémunérée).

Toutefois, les enfants du participant, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs sont considérés comme à charge sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 21^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e catégorie ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole justifiée par un avis médical du médecin-conseil de l'organisme assureur ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

La situation de famille à retenir est celle existant au moment du décès.

Toutefois, l'enfant né viable moins de 301 jours après le décès du participant entre en ligne de compte pour le calcul du capital. La majoration du capital correspondante est réglée sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance.

Invalidité absolue et définitive

L'invalidité absolue et définitive est assimilée au décès si l'état du participant le conduit à remplir les conditions cumulatives suivantes :

- se produire au cours de la période des garanties,
- donner lieu à reconnaissance par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole d'une invalidité de troisième catégorie ou d'une pension d'incapacité permanente supérieure ou égale à 80 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'obligeant à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le capital est versé au participant lui-même ou à son représentant légal. Le versement du capital met fin à la garantie « capital décès » de base du participant.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou assimilé

Cette garantie s'applique en complément de la garantie Capital Décès décrite à l'article II-2, en cas de décès du conjoint ou assimilé, que le décès du conjoint ou assimilé, soit simultané ou postérieur au décès du participant, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Par décès postérieur, il faut entendre le décès du conjoint dans les douze mois qui suivent le décès du participant.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint ou assimilé tels que définis ci-dessus, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge du participant lors de son décès.

En cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le participant est présumé avoir survécu. Cependant, cette clause ne fait pas échec à la liquidation des prestations prévues au présent paragraphe.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation de l'adhésion entre le décès du participant et celui du conjoint survivant.

Article II.5 – Durée et paiement de la rente éducation

Le montant de la rente est progressif avec l'âge de l'enfant. L'augmentation du montant de la rente intervient le 1^{er} jour du mois civil qui suit l'anniversaire de l'enfant, selon les tranches d'âge définies à l'article II-2 ci-dessus.

La rente est payable trimestriellement, à terme échu, sous condition de vie.

La rente prend effet au jour du décès du participant.

Elle cesse le jour précédant la date à laquelle l'enfant cesse d'être bénéficiaire.

Chaque rente est versée à l'enfant bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

La justification de l'existence et des droits des enfants bénéficiaires pourra être demandée par l'organisme assureur lors de chaque paiement.

Article II.6 – Revalorisation des rentes éducation

Les rentes sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO entre la date du décès et la date d'échéance trimestrielle de la prestation correspondante.

Les conséquences de la résiliation d'adhésion sur la présente garantie sont précisées à l'article I-3 de la présente notice.

Article II.7 – Pièces à fournir en cas de sinistre

L'adhérent constitue, pour chaque sinistre, un dossier de demande de prestations en utilisant l'imprimé mis à sa disposition par l'organisme assureur.

Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

I-En cas de décès

Dans tous les cas :

1. Extrait d'acte de décès original ;
2. Copie intégrale du (ou des) livret(s) de famille ;
3. Le cas échéant, le choix de l'option retenue par le(s) bénéficiaire(s) (Majoration pour enfant à charge ou rente éducation) ;
4. Extrait d'acte de naissance, comportant les mentions marginales et datant de moins de trois mois, du participant décédé et du ou des bénéficiaires ;
5. Copie des bulletins de salaire correspondant aux 12 mois précédant l'arrêt de travail ou le décès.

En complément :

6. Si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereau de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole précisant les périodes indemnisées ;
7. S'il existe des personnes à charge (au sens du contrat d'adhésion) : en tout état de cause, photocopie de la dernière feuille d'imposition ou une attestation du centre d'imposition ;
8. En cas de versement d'une rente éducation, sera demandé chaque année soit un certificat de scolarité, soit une attestation d'inscription à pôle emploi, et à défaut une attestation sur l'honneur d'absence d'activité à temps plein rémunérée depuis trois mois ;
9. Si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal ;
10. Si le participant est célibataire, veuf ou divorcé : acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance ;
11. En cas de disparition du participant : document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits ;
12. Photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge ;
13. En cas de divorce et si le participant n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce ;
14. Photocopie du Pacte civil de solidarité délivré par le greffe du Tribunal d'instance ;
15. Copie de l'attestation de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole du participant décédé.

II-En cas d'invalidité absolue et définitive

1. Attestation médicale fournie par l'organisme assureur et complétée par le médecin traitant ;
2. Copie certifiée conforme du livret de famille ;
3. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès énumérées au point 8 ;
4. Le cas échéant, les pièces justificatives prévues en cas de décès du participant énumérées aux points 2, 4 et 8 du paragraphe ci-dessus ;
5. Notification d'attribution de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole d'une rente de 3^e catégorie d'invalidité ou d'une rente dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 % et faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toutes pièces utiles à l'instruction du dossier.

Chapitre II - Garantie incapacité de travail – invalidité permanente

Article II.8 – Objet de la garantie

La garantie incapacité de travail – Invalidité permanente définie au présent chapitre a pour objet, si un participant est en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente pour maladie, accident, congé maternité, congé paternité ou congé d'adoption pendant la durée de validité des garanties, le service de prestations périodiques.

Ces prestations périodiques sont versées sous forme :

- d’indemnités journalières complémentaires, en cas d’incapacité temporaire totale ou partielle de travail survenue pendant la période d’affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole au titre de l’assurance maladie ;
- de rentes complémentaires, en cas d’invalidité permanente survenue pendant la période d’affiliation du participant et ouvrant droit à la pension d’invalidité de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;
- d’indemnités journalières ou de rentes complémentaires d’invalidité, en cas d’incapacité temporaire ou d’incapacité permanente survenue pendant la période d’affiliation du participant et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans l’hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme seraient réduites pour cause de sanction, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l’organisme assureur.

Les participants qui ne rempliraient pas en cas d’arrêt de travail pour cause de maladie ou d’accident, les conditions de durée d’activité nécessaires à l’ouverture du droit aux prestations en espèce de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, tout en remplissant les conditions requises aux articles II.10 et II.11 ci-dessous percevront néanmoins de l’organisme assureur les prestations incapacité de travail et invalidité permanente prévues au présent chapitre.

Celles-ci seront calculées sous déduction d’une prestation de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole reconstituée.

Article II.9 – Admission au titre de la garantie

L’admission au titre de la garantie Incapacité de travail - invalidité permanente concerne :

- le participant présent au travail au jour de la prise d’effet de l’adhésion ;
- le participant en arrêt de travail à cette date dans les conditions prévues à l’article I-2 de la présente notice.

Article II.10 – Conditions de travail effectif et d’ancienneté

Pour bénéficier des garanties Incapacité temporaire de travail – Invalidité permanente, le participant devra, à la date d’arrêt de travail, justifier d’un mois au moins de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d’application de l’accord du 2 octobre 2013, modifié en date du 26 juin 2014.

Sont assimilées à des périodes de travail effectif les périodes ayant donné lieu au versement de prestations en application du dit accord ainsi que toutes les périodes assimilées à du temps de travail effectif par la loi.

Ces conditions ne s’appliquent pas si :

- l’état d’incapacité ou d’invalidité résulte d’un accident du travail survenu après l’embauche dans l’établissement ou d’une maladie professionnelle contractée dans l’établissement,
- le participant justifie d’au moins un an d’ancienneté continue ou discontinue dans un ou plusieurs établissements relevant de l’accord du 2 octobre 2013, modifié en date du 26 juin 2014.

Incapacité de travail

Article II.11 – Indemnités journalières complémentaires

Tout participant qui remplit les conditions d’ancienneté prévues par l’article II.10 et qui, durant la période d’affiliation, a dû cesser son travail par suite de maladie, d’accident, de congé maternité, de congé paternité ou de congé d’adoption et qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, peut bénéficier d’indemnités journalières complémentaires.

Franchise

L’indemnité journalière est versée :

- pour les participants ayant moins d’un an d’ancienneté : après 30 jours continus d’arrêt de travail soit au 31^e jour ;
- pour les participants ayant au moins un an d’ancienneté : à compter de l’expiration de la période de maintien de salaire total et/ou en complément du maintien de salaire partiel, résultant des accords en vigueur chez l’adhérent ou de la législation en vigueur.

L'ancienneté est appréciée dans les établissements relevant de l'accord du 2 octobre 2013 quelles que soient les fonctions exercées.

La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise.

Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

Montant des indemnités journalières complémentaires

Le montant de l'indemnité journalière, versée au participant, est fixé en pourcentage de la 365e partie du salaire net annuel défini à l'article 1.7 de la présente notice sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'adhérent, comme suit :

– incapacité temporaire de travail dont la survenance est antérieure au 1er janvier 2015 : 92 %.

En cas de dépassement de cette limite, les prestations servies par l'organisme assureur seraient alors réduites à due concurrence.

Les prestations incapacité versées à compter du 1^{er} septembre 2013 aux salariés relevant des accords du 4 mai 2011, ne seront pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, ou augmentations de salaire sur activité partielle.

– incapacité temporaire de travail dont la survenance est postérieure au 31 décembre 2014 : 95 %.

En cas de dépassement de cette limite, les prestations servies par l'organisme assureur seraient alors réduites à due concurrence.

Les prestations incapacité versées à compter du 1er janvier 2015 aux salariés relevant des accords du 2 octobre 2013, ne sont pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole ou d'augmentations de salaire sur l'activité partielle.

Dispositions applicables quelle que soit la date de survenance

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versées par la Sécurité Sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement et autres organismes assureurs hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant ayant repris une activité dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique

Lorsqu'un participant reprend son activité au service de l'adhérent dans le cadre d'un temps partiel pour raison thérapeutique le montant de l'indemnité journalière est fixé à :

– 100 % de la 365^e partie du salaire net défini à l'article 1.7 de la présente notice, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement et de la rémunération nette perçue au titre de l'activité à temps partiel.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versés, par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, nets de charges sur les revenus de remplacement et autres organismes assureurs hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant en situation de handicap

Le participant, en situation de handicap physique, rendant impossible le maintien ou la reprise d'activité sur la même quotité horaire perçoit une indemnité égale à 100 % de la 365^e partie du salaire net annuel défini à l'article 1.7 de la présente notice sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle et des autres allocations, ou indemnités versées pour raison médicale et en application du contrat.

Cette indemnité est versée aux participants à temps partiel à condition que :

– la qualité de travailleur handicapé soit reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) postérieurement à son entrée en service dans un des établissements relevant du champ d'application de l'accord du 2 octobre 2013 ;

- le participant bénéficie d'un contrat d'au moins un mi-temps ;
- l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité de travail soit analysée par un médecin agréé au sens du décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

Ce médecin préconise la quotité de travail à effectuer quelle que soit la quotité de travail sollicitée par le participant.

Elle permettra de calculer le montant de l'indemnité qui pourra ainsi être inférieure à 100 % du salaire net annuel sous déduction de la rémunération perçue au titre de l'activité partielle.

Dans tous les cas, le participant ne pourra percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versés, par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, nets de charges sur les revenus de remplacement et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Cas particulier du participant en situation d'inaptitude

En cas de suspension du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole suite à une décision du médecin conseil de la CPAM ou de la MSA et d'une déclaration d'inaptitude par le médecin du travail, le participant perçoit, **pendant une durée maximale d'un mois à compter du lendemain de la déclaration d'inaptitude, une indemnité égale à 95 %** de la 365e partie du salaire net annuel défini à l'article I.7 de la présente notice sous déduction d'une éventuelle indemnité temporaire d'inaptitude versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, nettes de charges sur les revenus de remplacement. Ce taux de 95 % s'applique quelle que soit la date de survenance de l'incapacité temporaire de travail (qu'elle soit antérieure ou postérieure au 1er janvier 2015).

Le versement de l'indemnité cesse en tout état de cause à la date du reclassement ou du licenciement ou de la reprise du versement de son salaire (articles L.1226-4, L.1226-11 du Code du travail).

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir plus de 100 % du salaire net de référence afférent à la période indemnisée (y compris les salaires et indemnités versés, par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole, nets de charges sur les revenus de remplacement et autres organismes assureurs, hors évolutions et primes perçues ultérieurement).

Article II.12 – Paiement et durée des indemnités journalières complémentaires

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Elles sont servies tant que dure l'incapacité de travail et que le participant perçoit les indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant le participant à l'adhérent, les indemnités journalières sont versées à l'adhérent. Après rupture du contrat de travail, les indemnités journalières sont versées au participant.

Elles cessent :

- au jour où les indemnités de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole prennent fin ;
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, sauf dans le cas d'un cumul emploi retraite.

Les conséquences au regard du service des indemnités journalières de l'organisme assureur d'une résiliation de l'adhésion de l'adhérent sont exposées à l'article I.3 de la présente notice.

Article II.13 – Reprise du travail – rechute

Tout nouvel arrêt de travail imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et qui est indemnisé sans délai de franchise par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole est considéré comme une rechute.

Invalidité permanente

Article II.14 – Invalidité permanente

Tout participant classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie versée au titre de l'article L. 341-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité.

En vue de la détermination du montant de la pension, les participants sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : 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.

Montant de la rente

Le montant **annuel** de la rente, versée au participant, est fixé à **94 %** du salaire net défini à l'article I.7 de la présente notice. Le montant de la rente complémentaire d'invalidité versée au participant est fixé en pourcentage du salaire net défini à l'article I.7 de la présente notice sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole, nettes de charges sur les revenus de remplacement (CSG / CRDS) et éventuellement du salaire net partiel maintenu par l'Adhérent, dans la règle de cumul visée au contrat, comme suit :

- passage en invalidité antérieur au 1^{er} janvier 2015 : 94 %

Cette disposition s'applique également aux rentes d'invalidité relevant des accords du 4 mai 2011 et en cours de versement au 1^{er} septembre 2013.

Les prestations invalidité versées à compter du 1^{er} septembre 2013, aux salariés relevant des accords du 4 mai 2011, ne sont pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole ou d'augmentations de salaires sur activité partielle.

- passage en invalidité postérieur au 31 décembre 2014 : 95 %

Les prestations invalidité versées à compter du 1^{er} janvier 2015, aux salariés relevant des accords du 4 mai 2011 et aux salariés relevant des accords du 26 juin 2014, ne sont pas minorées en cas de versement de primes, rappels de salaire, augmentations des indemnités versées par la sécurité sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole ou d'augmentations de salaires sur activité partielle.

Dispositions quelle que soit la date de passage en invalidité

En cas de classement en invalidité 3^e catégorie, la rente versée par l'organisme assureur sera complétée d'une indemnité forfaitaire égale à 50 % de la majoration pour tierce personne versée à la personne classée en invalidité 3^e catégorie par la Sécurité Sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole.

Lorsqu'un participant reprend une activité d'une durée au moins égale au quart du temps complet, le montant annuel de la rente est égal à 100 % du salaire net antérieur revalorisé sous déduction des rentes servies par la Sécurité Sociale ou par la Mutualité Sociale Agricole nettes de charges sur les revenus de remplacement et du salaire perçu dans le cadre de son activité professionnelle.

Dans tous les cas, le participant ne peut percevoir un montant total, tous salaires et prestations confondus (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole), supérieur à son salaire net d'activité revalorisé (hors évolutions et primes perçues ultérieurement au titre du temps travaillé) reconstitué sur la base du temps d'activité déclaré au moment du fait générateur.

Article II.15 – Paiement et durée des rentes d'invalidité

Les rentes complémentaires d'invalidité sont servies sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, trimestriellement, à terme échu, le premier et le dernier terme pouvant ne comprendre qu'un prorata de rente.

Elles sont servies tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Elles cessent :

- au jour où le participant cesse de percevoir la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;
- au jour du décès du participant ;
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Article II.16 – Dispositions applicables en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle

1/ En cas d'incapacité temporaire

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies aux articles II.11, II.12 et II.13 de la présente notice.

2/ En cas d'incapacité permanente

L'incapacité permanente :

- d'un taux supérieur ou égal à 66 % et inférieur à 80 %, est assimilée à l'invalidité 2e catégorie ;
- d'un taux supérieur ou égal à 80 % est assimilé à l'invalidité 3e catégorie.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies aux articles II.14 et II.15 de la présente notice.

Le paiement de cette prestation cesse en tout état de cause :

- au jour où la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole détermine un taux d'incapacité inférieur à 66 % ;
- à la date d'attribution d'une pension pour inaptitude au travail ;
- au jour où le participant obtient la liquidation d'une pension de vieillesse de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Dispositions communes

Article II.17 – Déclaration des arrêts de travail

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu à prestations complémentaires doit être déclaré par écrit par l'adhérent à l'organisme assureur, au moyen du formulaire mis à sa disposition.

Cette déclaration précisant la date d'arrêt de travail doit être faite dans les six mois suivant la date de l'arrêt de travail.

En cas de déclaration tardive au-delà de ce délai de six mois, le service des prestations pourrait ne prendre effet qu'à la date de déclaration effective.

En tout état de cause aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à l'article I.6 de la présente notice après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

Formalités

L'adhérent devra remettre à l'organisme assureur toutes pièces utiles à l'instruction du dossier et notamment :

- la demande de prestations ;
- les décomptes et notification de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole.

Article II.18 – Revalorisation des prestations

Les prestations sont revalorisées :

- participant en incapacité de travail : en fonction
 - de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- participant en invalidité permanente : en fonction de la valeur du point ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Cependant et par dérogation aux dispositions ci-dessus, les prestations sont revalorisées comme suit pour les participants dont la date :

- d'incapacité de travail est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante ;
- d'invalidité permanente est antérieure au 1^{er} janvier 2011 : en fonction de la valeur du point de la Fonction Publique entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation correspondante.

Les revalorisations sont financées par le fonds de revalorisation, par conséquent celles-ci sont limitées aux ressources du fonds.

Les conséquences de la résiliation de l'adhésion sont précisées à l'article I.3 de la présente notice.

Article II.19 – Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

À compter de la date du décès ouvrant droit aux prestations, et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au versement desdites prestations, et au plus tard, jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations des sommes non réclamées par le(s) bénéficiaire(s), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Annexe I

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de pré-retraite progressive

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après aux participants bénéficiant d'un dispositif de préretraite progressive et percevant des allocations du Pôle Emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime du Pôle Emploi.

1/ Effet

Les demandes d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur par l'adhérent dans le mois suivant la mise en préretraite progressive.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la mise en préretraite progressive ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite progressive.

2/ Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès – Invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet ;
- incapacité de travail - invalidité permanente.

3/ Base de cotisation

Garantie décès – IAD

La base des cotisations des garanties prévues au Titre II - Chapitre I Garantie décès - IAD est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive auquel il convient d'intégrer le revenu de remplacement qui supporte les cotisations d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole, versé par le Pôle Emploi.

Garanties incapacité de travail – invalidité permanente

La base des cotisations des garanties prévues au Titre II - Chapitre II Garantie incapacité de travail – invalidité permanente est le salaire brut perçu pendant la période de préretraite progressive.

4/ Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5/ Cotisation

Le taux de cotisation est celui prévu pour le personnel en activité.

6/ Cessation

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin d'indemnisation du Pôle Emploi ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;
- en cas de résiliation de l'adhésion, des garanties concernées ou de la présente annexe.

Annexe II

Maintien des garanties au personnel bénéficiant d'un dispositif de pré-retraite totale

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants dont le contrat de travail est rompu pour mise en position de préretraite, et percevant des allocations du Pôle Emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le régime du Pôle Emploi.

1/ Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans le mois qui précède la rupture du contrat de travail de l'intéressé, La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la rupture du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel déjà en préretraite.

2/ Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès – Invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3/ Base de cotisation

La base des cotisations est le revenu de remplacement brut versé par le Pôle Emploi.

4/ Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5/ Cotisation

Le taux de cotisation est fixé à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance par versement unique, par l'adhérent au moment de la rupture du contrat de travail.

6/ Cessation

Le maintien de garanties cesse, en tout état de cause :

à la date de fin d'indemnisation du Pôle Emploi ;

à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;

en cas de résiliation de l'adhésion, de la garantie concernée ou de la présente annexe.

Annexe III

Maintien des garanties au personnel en congé parental d'éducation ou temps partiel d'éducation ou en congé non rémunéré

Les garanties sont maintenues, dans les conditions prévues ci-après, aux participants :

- en congé parental d'éducation intégral ou temps partiel d'éducation pour élever un enfant de moins de trois ans, pendant toute la durée du congé ;
- ou en congé non rémunéré pour une durée de douze mois maximum.

1/ Effet

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'organisme assureur dans les deux mois suivant la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail ou la date d'effet de l'adhésion pour le personnel dont le contrat de travail est déjà suspendu.

2/ Garanties maintenues

Les garanties suivantes sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation prévue au paragraphe 5 ci-dessous :

- capital décès – Invalidité absolue et définitive ;
- rente éducation ;
- double effet.

3/ Base de cotisation

Congé parental d'éducation intégral ou congé non rémunéré

La base des cotisations est le salaire annuel brut tel que défini au I.7 de la présente notice et correspondant aux douze derniers mois d'activité.

Congé parental d'éducation partiel (garanties complémentaires aux garanties du personnel actif)

La base des cotisations est égale à la différence entre le salaire brut que le participant aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet et le salaire brut perçu à temps partiel.

Le salaire brut est celui défini au I.7 de la présente notice.

4/ Base des prestations

La base de prestations est égale à la base des cotisations.

5/ Cotisation

- Durant les deux premiers mois de congé : le maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.
- Au-delà : la cotisation est fixée à 0,55 % de la base de cotisation prévue ci-dessus.

La cotisation est payable d'avance, par l'adhérent.

6/ Cessation

Le maintien des garanties cesse, en tout état de cause :

- à la date de fin du congé visé ci-dessus ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ;
- en cas de résiliation de l'adhésion ou de la présente annexe.

Annexe IV

Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Conformément à la Loi de Sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, l'ensemble des garanties du présent contrat d'assurance national est maintenu sans contrepartie de cotisation, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation du contrat de travail intervenant au plus tôt à compter du 1^{er} janvier 2015, ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation de son contrat de travail.

1/ Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Par dérogation au paragraphe ci-dessus, la garantie « décès – invalidité absolue et définitive » est maintenue sans condition d'ancienneté, pendant 12 mois à tout salarié en cas de licenciement pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement ou licenciement pour motif économique.

2/ Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe 1 « Prise d'effet et durée du maintien » ;
- au jour où l'ancien participant trouve un nouvel emploi ;
- au jour où l'ancien participant liquide ses droits à pension de retraite ;
- la fin de la période durant laquelle l'ancien participant peut prétendre aux indemnités chômage ;
- à la date de radiation des listes du Pôle Emploi ;
- en cas de décès de l'ancien participant.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de résiliation du contrat national d'assurance ;
- à la date de résiliation de l'adhésion de l'établissement au contrat national d'assurance.

3/ Modalités du maintien

Les garanties maintenues, et notamment la franchise contractuelle applicable, correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'adhérent le jour de l'événement déclencheur. Le terme de la durée maximale du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

L'assiette de calcul des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié. L'assiette de calcul des prestations est déterminée et revalorisée selon les dispositions de l'article I.7 de la présente notice. Les revenus procurés par les primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail, n'entrent pas dans l'assiette des prestations.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail et/ou de l'invalidité permanente par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations-chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période. S'il n'en percevait pas, cette assiette des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

4/ Modalités d'information

L'Adhérent devra signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié lors de son départ de l'entreprise. Il indiquera à l'organisme assureur les cessations de contrat de travail ouvrant droit à maintien des garanties en renseignant la liste nominative des mouvements de personnel. L'ancien participant s'engage à fournir sans délai les éléments nécessaires au calcul de la durée du maintien, en cas de demande de l'organisme assureur instruisant une demande de prestation.

5/ Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

L'organisme assureur conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations-chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

Nous vous proposons un service de relation client mobile « Service Client », avec des réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ), les numéros de téléphone des différents services et des indications sur la disponibilité des centres de relation client.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html

La Foire aux Questions (FAQ)

La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchiez sans devoir contacter votre service client.

Les numéros de service client

Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponibles dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.

La disponibilité du service client

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.

Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Nouveauté : Faites-vous rappeler !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

Pour toute information, n'hésitez pas,
contactez votre employeur

AG2R LA MONDIALE
Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie accident
Garanties obsèques
Assurances perte d'autonomie
Aide aux aidants

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social