



AG2R LA MONDIALE

NOTICE D'INFORMATION

PRÉVOYANCE

**ENTREPRISES ADHÉRENTES AU SYNDICAT NATIONAL DES
AGENTS DE VOYAGE**

Personnel non cadre

SOMMAIRE

PRÉSENTATION	3
RÉSUMÉ DES GARANTIES	4
ARRÊT DE TRAVAIL	4
DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE.....	4
ARRÊT DE TRAVAIL	5
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	5
QUI EST BÉNÉFICIAIRE ?	5
QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?.....	5
EXCLUSIONS.....	6
QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?.....	6
DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	8
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?	8
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?	8
QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?.....	8
EXCLUSIONS.....	9
QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?.....	10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	11
QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?	11
QUAND CESSENT-ELLES ?	11
PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?.....	11
QU'ENTEND-ON PAR CONJOINT, PARTENAIRE DE PACS, PERSONNES À CHARGE ?	13
SALAIRE DE RÉFÉRENCE	13
REVALORISATION	13
CONTRÔLE MÉDICAL.....	14
PRESCRIPTION.....	14
RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	14
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	15
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	15
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	15

PRÉSENTATION

VOTRE ENTREPRISE, ADHÉRENTE AU SYNDICAT NATIONAL DES AGENTS DE VOYAGE, A MIS EN PLACE UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE AU PROFIT DE :

- son personnel non cadre, à savoir le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention (définition conforme au décret du 9 janvier 2012).

Ce régime prévoit les garanties :

- arrêt de travail ;
- décès ou invalidité absolue et définitive.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE.

Cette notice s'applique à compter du 1^{er} juillet 2015.

La notice d'information est réalisée pour vous aider 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.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

ARRÊT DE TRAVAIL

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail À l'issue d'une franchise continue de 90 jours d'arrêt de travail	66 % du salaire de référence
Incapacité permanente 1 ^{re} catégorie 2 ^e ou 3 ^e catégorie	60 % de la rente de 2 ^e catégorie 66 % du salaire de référence
Incapacité permanente professionnelle (IPP) Taux compris entre 33 % inclus et 66 % Taux supérieur ou égal à 66 %	(66 % du SR – pension d'invalidité brute 2 ^e catégorie Sécurité sociale reconstituée) 3/2 N (pension d'invalidité 2 ^e catégorie brute Sécurité sociale + rente théorique*) - (montant brut de la pension Sécurité sociale + éventuelle rémunération de l'activité partielle de l'assuré**)

(1) Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

* QUE VERSERAIT L'INSTITUTION EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE VIE PRIVÉE.

** PERÇUE AU COURS DE LA PÉRIODE D'INDEMNISATION.

DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes Salarié sans personne à charge Majoration par personne à charge	100 % du salaire de référence 50 % du salaire de référence
Décès ou invalidité absolue et définitive suite à accident du travail Tout salarié, quelle que soit sa situation de famille	+ 100 % du salaire de référence, avec un minimum de 25 % du PASS
Double effet Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS	100 % du capital décès toutes causes

PASS = PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN VIGUEUR À LA DATE DE L'ÉVÉNEMENT OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS.

ARRÊT DE TRAVAIL

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Verser au salarié, en arrêt de travail pour maladie ou accident médicalement constaté, des prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale (indemnités journalières ou rentes).

QUI EST BÉNÉFICIAIRE ?

- Le salarié.

QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

1/ INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (Livre III - titre II du Code de la Sécurité sociale) ou de la législation accident du travail/maladie professionnelle (Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

En cas d'incapacité temporaire de travail (y compris l'accident du travail ou la maladie professionnelle), reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, il est versé une indemnité journalière dont le montant annuel, y compris la prestation Sécurité sociale, est égal à :

- **66 %** du salaire de référence.

Cette indemnisation intervient à l'expiration d'une franchise **continue de 90 jours** d'arrêt de travail.

Le cumul des indemnités perçues au titre du régime général de la Sécurité sociale et du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (salaire à temps partiel, allocations Pôle emploi, ...) ne peut conduire le salarié à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, après réception des éléments justificatifs de la Sécurité sociale, à l'employeur pour le compte du salarié tant que son contrat de travail est en vigueur, directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail.

Rechute : arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail. La rechute est prise en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à condition qu'elle survienne 90 jours au plus après la reprise du travail. La franchise n'est pas applicable dans ce cas.

Durée de l'indemnisation : le versement des indemnités journalières complémentaires est suspendu ou cesse quand la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque le régime de Sécurité sociale réduit ses prestations, les indemnités journalières complémentaires sont réduites à due concurrence.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décision de l'institution en vertu du contrôle médical visé page 14 ;
- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour le salarié en situation de cumul emploi-retraite, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- à la date de décès du salarié.

2/ INVALIDITÉ PERMANENTE

INVALIDITÉ PERMANENTE

Est considéré comme invalide, le salarié classé dans les 1^{re}, 2^e et 3^e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- 1^{re} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit ;
- 3^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le salarié reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale perçoit une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, **sous réserve que la date initiale d'arrêt de travail soit postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.**

Le montant annuel de cette rente, y compris la pension Sécurité sociale, est égal à :

Catégorie d'invalidité	Montant
1 ^{re} catégorie	60 % de la rente de 2 ^e catégorie
2 ^e ou 3 ^e catégorie	66 % du salaire de référence

Le cumul des prestations perçues au titre du régime général de la Sécurité sociale et du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (salaire à temps partiel, allocations Pôle emploi, ...) ne peut conduire le salarié à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité.

La rente complémentaire est versée directement au salarié, mensuellement à terme échu. En cas de décès, elle est versée avec paiement prorata temporis au conjoint survivant ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal, et sans arrérage au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge.

Durée de l'indemnisation : la rente complémentaire est réduite ou suspendue en cas de réduction ou de suspension de la pension de la Sécurité sociale. Son versement cesse quand la Sécurité sociale cesse le versement de sa propre pension.

Le versement des prestations complémentaires cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décision de l'institution en vertu du contrôle médical visé page 14 ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date de décès du salarié.

3/ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

En cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP) résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, admise comme telle par le régime de Sécurité sociale, il est versé à l'assuré une rente complémentaire calculée en fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle déterminé par la Sécurité sociale.

- Lorsque le taux d'incapacité permanente notifié par la Sécurité sociale est **au moins égal à 66 %**, la rente d'invalidité complémentaire est déterminée par la différence entre :
 - d'une part, le cumul d'une pension d'invalidité 2^e catégorie brute de la Sécurité sociale et de la rente théorique que verserait l'institution en cas d'accident ou maladie de la vie privée ;
 - d'autre part, le cumul du montant brut de la pension effectivement versée par la Sécurité sociale et, éventuellement, de la rémunération de l'activité partielle de l'assuré perçue au cours de la période d'indemnisation.
- Lorsque le taux d'incapacité permanente notifié par la Sécurité sociale est **compris entre 33 % inclus et 66 %**, la rente complémentaire correspond à :
 - (66 % du SR – pension d'invalidité brute 2^e catégorie de la Sécurité sociale reconstituée) 3/2 N.

SR = SALAIRE DE RÉFÉRENCE. N = TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE ATTRIBUÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

La rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est versée dans les conditions et limites prévues pour la garantie invalidité permanente complémentaire.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : les prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale. Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès du salarié.

EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties les conséquences :

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

QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?

L'employeur adresse au centre de gestion la demande de prestations, fournie par l'institution, accompagnée de tout ou partie des pièces suivantes :

- les décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières ou, à défaut, une attestation de versement émanant de l'organisme de Sécurité sociale ;

- une déclaration de l'employeur mentionnant le montant des rémunérations ayant donné lieu à cotisations au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date de l'arrêt de travail et, sur demande de l'institution, la copie des bulletins de salaire ;
- en cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection que celle ayant donné lieu à l'arrêt de travail initial ;
- la notification d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle établie par la Sécurité sociale lors de l'ouverture des droits.

Il peut être demandé toute autre pièce justificative lors de la demande de prestations ainsi qu'en cours de règlement dont, notamment :

- la copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation ;
- la preuve que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation a bien été remis par le salarié à l'employeur dans le délai prévu à l'article R.321-2 du Code de la Sécurité sociale, le cachet de la poste sur l'enveloppe d'envoi ou l'attestation écrite de l'employeur faisant foi ;
- en cas de prolongation, la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant ;
- un justificatif de la qualité de bénéficiaire de la prestation et de sa situation.

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation en cours. À défaut, il ne sera pas procédé à la liquidation des prestations ou l'indemnisation sera suspendue. Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance.

DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Le salarié.

EN CAS DE DÉCÈS DU SALARIÉ

Le capital est versé aux bénéficiaires désignés librement par le salarié.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le salarié notifiée à AG2R Prévoyance ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint du salarié non séparé judiciairement ;
- ou à défaut, à son partenaire de PACS ;

et à défaut de conjoint ou de partenaire de PACS, par parts égales entre eux :

- aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, légitimes, reconnus ou adoptifs ;
- à défaut de descendance directe, à ses parents ou, à défaut, à ses grands-parents survivants ;
- à défaut de tous les susnommés, à ses héritiers.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par courrier adressé à :

- **AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - CS 33041 - 10012 Troyes.**

Conformément à la loi, cette désignation particulière peut être également établie par acte authentique ou acte sous seing privé notifié à AG2R Prévoyance préalablement au décès du salarié.

Quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable :

- la part de capital correspondant à la majoration pour **personne à charge** est versée à la personne à charge elle-même ou à la personne en ayant la charge à la date de décès du salarié ;
- la part de capital correspondant à la majoration pour **enfant à charge** est versée, par parts égales entre eux, directement à ceux-ci dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités avant leur majorité.

La part de capital correspondant à la majoration pour enfant ou personne à charge est versée sous réserve de l'existence d'enfant ou de personne à charge au décès du salarié.

Lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre dans le cadre de la dévolution, décèdent dans un même évènement, l'ordre des décès est établi par tous moyens. Si cet ordre ne peut être déterminé, l'un des co-décédés ne peut être appelé à la succession de l'autre. **Toutefois, si l'un des co-décédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre.**

SITUATION DE CONCUBINAGE : pour le versement du capital décès, cette situation n'est pas assimilée au mariage ; si le salarié souhaite attribuer le capital à son concubin, il doit le désigner par son nom.

EN CAS DE DÉCÈS POSTÉRIEUR OU SIMULTANÉ DU CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS DU SALARIÉ (DOUBLE EFFET)

- Les enfants à charge.

QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

1/ DÉCÈS DU SALARIÉ

Décès toutes causes

En cas de décès **toutes causes** du salarié, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est fonction de la situation de famille du salarié au moment de son décès.

Ce montant est égal à :

Situation familiale	Montant
Salarié sans personne à charge	100 % du salaire de référence
Majoration par personne à charge	50 % du salaire de référence

Décès suite à accident du travail

En cas de décès du salarié **suite à un accident du travail**, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital **supplémentaire** dont le montant, quelle que soit la situation de famille du salarié au moment de son décès, est égal à :

- **100 %** du salaire de référence, avec un minimum de 25 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

2/ INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE DU SALARIÉ

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Est considéré en état d'invalidité absolue et définitive, le salarié reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie d'invalide, ou reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100%, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

Lorsque le salarié est en état d'invalidité absolue et définitive, le **capital prévu en cas de décès**, y compris les majorations pour personne à charge et pour accident du travail, lui est versé par anticipation sur sa demande. Ce versement anticipé met fin à la garantie capital décès en cas de décès du salarié.

3/ EN CAS DE DÉCÈS POSTÉRIEUR OU SIMULTANÉ DU CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS DU SALARIÉ (DOUBLE EFFET)

Le décès du conjoint du salarié, ou à défaut de son partenaire de PACS, survenant postérieurement ou simultanément au décès du salarié, entraîne le versement d'un capital égal au **capital prévu en cas de décès toutes causes** du salarié, y compris les majorations pour personne à charge, à l'exclusion de la majoration pour décès suite à accident du travail.

En cas de décès postérieur à celui du salarié, le conjoint ou le partenaire de PACS ne doit être ni (re)marié, ni lié à nouveau par un PACS au jour de son décès.

Est considéré comme décès simultané à celui du salarié, le décès du conjoint ou du partenaire de PACS survenant au cours du même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- ou lorsque le décès du conjoint ou du partenaire de PACS survient dans un délai de 24 heures avant le décès du salarié.

Le capital est réparti, par parts égales, entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire de PACS, qui étaient initialement à la charge du salarié au jour de son décès.

Il est versé directement aux enfants à charge dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités durant leur minorité.

EXCLUSIONS

En cas de décès toutes causes, ne sont pas garanties les conséquences :

- **d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;**
- **de la désintégration du noyau atomique ;**
- **d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, tels que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;**
- **du meurtre du salarié par le bénéficiaire.**

La majoration pour décès accidentel n'est pas versée si l'accident résulte :

- **directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de catastrophe naturelle ;**
- **de navigation aérienne survenu en dehors de lignes commerciales ;**
- **de l'utilisation d'aile volante avec ou sans moteur, de deltaplane ou d'engins similaires, de parachutisme ;**
- **de l'usage de substances illicites ;**
- **de l'état d'imprégnation alcoolique du salarié caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre ;**
- **du fait que le salarié n'était pas détenteur d'un permis de conduire valide, conformément aux dispositions du Code de la route.**

Les exclusions visant les garanties en cas de décès, y compris celles concernant le décès accidentel, sont applicables au maintien des garanties en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat de prévoyance.

Le capital prévu en cas d'invalidité absolue et définitive du salarié n'est pas garanti lorsque l'état d'invalidité absolue et définitive résulte d'un des cas où le décès n'est pas garanti.

QUELS SONT LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR ?

L'employeur adresse au centre de gestion la demande de prestations, fournie par l'institution, accompagnée de tout ou partie des pièces suivantes :

- un acte de décès ;
- un acte de naissance intégral du bénéficiaire de la prestation, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales ;
- un certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel,
- une copie du dernier avis d'imposition du salarié ;
- en présence d'enfant à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans ou un certificat d'apprentissage ou une attestation de poursuite d'études ;
- en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ;
- le cas échéant, une copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant ;
- à la demande de AG2R Prévoyance, la copie des bulletins de salaire du salarié justifiant la période de référence servant au calcul des prestations ;

et, s'il y a lieu :

- si le bénéficiaire de la prestation est le conjoint ou le partenaire lié par un PACS, un justificatif de domicile commun daté de moins de 3 mois (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe) ;
- une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une copie intégrale du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'une pièce justificative du domicile commun (quittance aux deux noms, de loyer ou d'électricité ou de téléphone fixe) ;
- l'ordonnance du tribunal d'instance ou de grande instance délivrée aux titulaires d'un Pacte civil de solidarité (PACS) ;
- en cas de décès accidentel, un rapport de police ou de gendarmerie ou une copie de la décision de la Sécurité sociale en cas d'accident du travail (la preuve du caractère accidentel du décès incombe au bénéficiaire ou à l'ayant droit) ;
- si le capital décès revient aux héritiers, un certificat d'hérédité établi par la mairie ou un acte de notoriété établi par notaire ;
- si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail non indemnisée par AG2R Prévoyance, une attestation de la Sécurité sociale et / ou de l'organisme assureur de l'entreprise garantissant l'arrêt de travail des salariés, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès ;
- en cas d'invalidité absolue et définitive, la notification de la pension d'invalidé de 3^e catégorie de la Sécurité sociale (la preuve de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe au salarié ou à la personne qui en a la charge) ;
- un justificatif de la qualité de bénéficiaire de la prestation.

AG2R Prévoyance peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES ?

- À la date d'effet de l'adhésion figurant sur le contrat d'adhésion de l'entreprise, si le salarié est présent à l'effectif ;
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'adhésion du contrat.

QUAND CESSENT-ELLES ?

- À la date de suspension du contrat de travail du salarié, sauf dans les cas mentionnés au paragraphe ci-dessous ;
- à la date de rupture de son contrat de travail ;
- lorsque le salarié ne relève plus de la catégorie de personnel définie au contrat de prévoyance ;
- lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de AG2R Prévoyance ;
- à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat ; la cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation.

PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Garanties arrêt de travail

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié :

- dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion, pour congé ou absence, dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- dont la date initiale d'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion et qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Garanties décès

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au salarié :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Durée du maintien des garanties arrêt de travail et décès

Le maintien de ces garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat d'adhésion et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident ou de l'invalidité sont servies **sans interruption** depuis la date de rupture du contrat de travail.

EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien de garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien de garanties est applicable dès la cessation du contrat de travail du salarié et pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entier, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend un autre emploi, ou
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou

- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Le maintien de garanties au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties 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 du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'assurance chômage.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou 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,
- 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.

Salaire de référence

La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Incapacité de travail

Les indemnités journalières complémentaires 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.

Paiement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives devront être adressées au centre de gestion.

En outre, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Les prestations sont versées directement au salarié ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

EN CAS DE RÉSILIATION OU NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT DE PRÉVOYANCE

AG2R Prévoyance maintient le paiement des prestations en cours de versement au niveau atteint à la date d'effet de cette résiliation ou non-renouvellement. La cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation ou un non-renouvellement.

Le droit à indemnisation au titre de l'invalidité est maintenu à l'assuré percevant des indemnités journalières de l'institution, le versement ou le droit à ces indemnités devant être né antérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat.

Le salarié **percevant des prestations complémentaires** de AG2R Prévoyance ou de tout autre organisme assureur de l'entreprise en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité, au titre d'un contrat collectif obligatoire, bénéficie **pendant la période de versement de ces prestations** du maintien des garanties suivantes :

- le capital décès ;
- les majorations pour enfant ou personne à charge ;
- la majoration pour décès suite à accident du travail ;
- le double effet.

Ne sont pas maintenues :

- **l'invalidité absolue et définitive du salarié ;**
- **la revalorisation des prestations.**

Ce maintien de garantie cesse également à la date de notification de la pension vieillesse du régime de Sécurité sociale.

GARANTIE DÉCÈS MAINTENUE PAR UN PRÉCÉDENT ORGANISME ASSUREUR : quand le salarié bénéficie du maintien de la garantie décès du précédent organisme assureur de l'entreprise, les prestations en cas de décès qui seraient dues par AG2R Prévoyance au titre du contrat de prévoyance sont déterminées sous déduction des prestations dues par ledit organisme. L'entreprise ou l'ayant droit doit fournir tout justificatif ou toute information demandée par AG2R Prévoyance.

QU'ENTEND-ON PAR CONJOINT, PARTENAIRE DE PACS, PERSONNES À CHARGE ?

CONJOINT

L'époux ou épouse du salarié, non divorcé(e) par un jugement définitif.

PARTENAIRE DE PACS

La personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil.

PERSONNES À CHARGE

Enfants à charge

- Les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- les enfants âgés de moins de 26 ans du salarié ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants auxquels le salarié 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 du salarié ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS si, avant leur 21^e anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil et bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle des revenus, les enfants infirmes à charge du salarié ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, n'étant pas en mesure de subvenir à leurs besoins en raison de leur infirmité et pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Autres personnes à charge

Les personnes sans activité, reconnues à charge du salarié par l'administration fiscale pour le calcul du quotient familial (à l'exception du conjoint ou du partenaire de PACS et des enfants).

QUALITÉS : les qualités de salarié, conjoint, partenaire de PACS, personne à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations de prévoyance, dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, au cours des 4 trimestres civils précédant :

- l'arrêt de travail initial, pour la garantie arrêt de travail ;
- le décès ou l'arrêt de travail si une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive, pour la garantie décès.

Il se décompose comme suit :

- Tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : partie du salaire annuel brut excédant la tranche A, dans la limite de 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la période de référence n'est pas complète, notamment en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué à partir des éléments de salaire que le salarié aurait perçus s'il avait travaillé.

REVALORISATION

En cours de contrat de prévoyance, les prestations sont revalorisées sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC, dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de l'institution.

La revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat de prévoyance de l'entreprise.

CONTRÔLE MÉDICAL

Les déclarations de l'employeur, et le cas échéant des assurés, conditionnent les termes du contrat et l'engagement de l'institution qui peut soumettre ces déclarations à l'appréciation d'un médecin qu'elle désigne. Lors de la demande de prestations, et à tout moment durant le versement des prestations, l'institution peut diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de l'état de l'assuré (le niveau d'incapacité ou d'invalidité) ainsi que la régularité du montant des prestations.

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'institution juge utile de lui demander pour apprécier son état. Les frais du contrôle médical sont à la charge de l'institution dans les conditions communiquées par l'institution à l'assuré.

L'assuré est tenu de se soumettre à ce contrôle médical **sous peine de suspension des droits à prestations**, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'institution relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose à l'assuré sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise. La décision est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par l'assuré des conclusions du médecin désigné par l'institution doit être adressée par lettre recommandée à l'institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'institution. Dans cette hypothèse, il est procédé à une nouvelle expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'assuré et l'institution à partir de la liste de médecins experts proposés par l'institution. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Les conclusions de cette seconde expertise sont opposables et s'imposent à l'institution et à l'assuré, sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise. L'institution et l'assuré supportent par moitié les frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin.

Tant que cette seconde expertise n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites 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 ignorée jusque-là.

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

La prescription est portée à **5 ans** en ce qui concerne l'incapacité de travail et à **10 ans** lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le salarié, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du salarié décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au salarié ou à l'ayant droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le salarié ou l'ayant droit à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement de prestations par AG2R Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, AG2R Prévoyance est subrogée au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses que l'institution a supportées, conformément aux dispositions légales.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE – Direction de la qualité – 35 boulevard Brune - 75680 PARIS Cedex 14.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola - Mons en Baroeul – 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers AG2R Prévoyance, auprès de AG2R LA MONDIALE – Correspondant Informatique et Libertés – 104-110 Boulevard Haussmann – 75379 PARIS Cedex 08.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'institution relève de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

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

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