



AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Prévoyance

Convention Collective Nationale des entreprises de
l'Industrie et des commerces
en gros des viandes (Brochure n° 3179)

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} avril 2023

Ensemble du personnel

Sommaire

Présentation.....	4
Vos garanties prévoyance.....	5
Décès.....	5
Arrêt de travail	5
Inaptitude partielle ou totale	6
Décès.....	7
Objet de la garantie	7
Contenu de la garantie	7
Exclusions.....	8
Justificatifs à fournir	8
Arrêt de travail.....	10
Objet de la garantie	10
Contenu de la garantie	10
Exclusions.....	11
Justificatifs à fournir	12
Inaptitude partielle ou totale.....	14
Objet de la garantie	14
Justificatifs à fournir	15
Dispositions générales.....	16
Début des garanties	16
Cessation des garanties	16
Maintien des garanties	16
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, personnes à charge.....	19
Salaire de référence	20
Paiement des prestations.....	20
Revalorisation.....	21
Prescription.....	21
Recours contre les tiers responsables	22
Procédure de traitement des réclamations – médiation.....	22
Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales	22
Échanges dématérialisés	23
Autorité de contrôle	25
Mes services	26
Découvrez notre application mobile « service client »	26
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers	28

Présentation

La Convention collective nationale de l'Industrie et des commerces en gros des viandes du 20 février 1969 (n° brochure 3179) aménagé en dernier lieu par l'avenant n° 89 du 12 décembre 2018, institue un régime de prévoyance obligatoire au profit de l'ensemble du personnel ayant une ancienneté de 3 mois dans l'entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale.

Ce régime prévoit les garanties :

- décès ;
- arrêt de travail ;
- inaptitude partielle ou totale.

Les garanties arrêt de travail et décès figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime de prévoyance, ainsi qu'à l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale en tant qu'assureur des garanties rente d'éducation. AG2R Prévoyance en tant que membre de l'OCIRP agit au nom et pour son compte dans la gestion des garanties qu'elle assure dans le cadre de ce régime.

La notice d'information est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) 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.

Vos garanties prévoyance

Décès

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Quelle que soit la situation familiale	100 % du SR
Majoration par personne à charge supplémentaire	26 % du SR
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)	
Jusqu'au 12 ^e anniversaire	6 % du SR ⁽¹⁾
Du 12 ^e au 18 ^e anniversaire	8 % du SR ⁽²⁾
Du 18 ^e au 26 ^e anniversaire sous conditions ⁽³⁾	10 % du SR ⁽⁴⁾
Lorsque l'enfant à charge est orphelin des 2 parents, le montant de la rente dont il bénéficie est doublé	

SR = Salaire de référence.

(1) La rente versée ne pourra être inférieure à 1 500 € par an.

(2) La rente versée ne pourra être inférieure à 2 000 € par an.

(3) La rente est versée à l'enfant tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge telle que définie aux présentes conditions particulières ; elle est servie sans limitation de durée pour l'enfant reconnu en invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical ou tant que l'enfant invalide bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil.

(4) La rente versée ne pourra être inférieure à 2 500 € par an.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
Pour le personnel ayant l'ancienneté requise	
Pour le personnel n'ayant pas l'ancienneté requise, à l'issue d'une franchise continue de 180 jours d'arrêt de travail	70 % du SR
Invalidité permanente ou incapacité permanente professionnelle	
1 ^{re} catégorie d'invalidité permanente ou incapacité permanente professionnelle comprise entre 33 % et 66 %	50 % du SR
2 ^e ou 3 ^e catégorie d'invalidité permanente ou incapacité permanente professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 66 %	70 % du SR

SR = Salaire de référence.

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et de tout autre revenu d'activité éventuel.

Inaptitude partielle ou totale

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Inaptitude partielle	
Inaptitude partielle	60 % du différentiel entre le salaire de référence avant l'inaptitude et le nouveau salaire de référence
Inaptitude totale	
Salarié âgé de moins de 50 ans	10 % du salaire de référence + une rente en complément réservée à des actions de formation dans la limite de 10 % du salaire annuel brut ⁽¹⁾
Salarié âgé de 50 ans et de moins de 55 ans	15 % du salaire de référence + une rente en complément réservée à des actions de formation dans la limite de 10 % du salaire annuel brut ⁽¹⁾
Salarié âgé de 55 ans et de moins de 57 ans	25 % du salaire de référence + une rente en complément réservée à des actions de formation dans la limite de 10 % du salaire annuel brut ⁽¹⁾
Salarié âgé de 57 ans et plus	30 % du salaire de référence + une rente en complément réservée à des actions de formation dans la limite de 10 % du salaire annuel brut ⁽¹⁾

SR = Salaire de référence.

(1) Sous réserve de justifier d'une attestation de formation.

Décès

Objet de la garantie

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès du participant.

Contenu de la garantie

1/ Capital décès

En cas de décès du participant, il est versé un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) librement par le participant.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le participant notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement, ni divorcé, ou à défaut au partenaire de PACS ou à défaut au concubin notoire ;
- à défaut aux enfants du salarié par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants à charge au sens fiscal, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux autres personnes à charge au sens fiscal, par parts égales ;
- à défaut, aux autres héritiers, par parts égales.

Lorsqu'il y a attribution de majorations familiales chacune d'entre elles est versée au profit de la personne au titre de laquelle elle est accordée ou à son représentant légal (dans ce dernier cas si la personne à charge est un enfant mineur ou un majeur protégé).

La situation d'invalidité permanente et totale du salarié n'ouvre pas droit au versement par anticipation du capital décès.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le participant peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente :

- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaire Prévoyance » accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale : https://inscription.ag2ramondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE (si cette possibilité est ouverte pour le contrat au titre duquel le participant est assuré ;
- sur support papier au moyen du formulaire « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis au participant par l'employeur ;
- par acte authentique ou acte sous seing privé, conformément à la loi.

2/ Rente d'éducation OCIRP

En cas de décès du participant, il est prévu le versement au bénéfice de ses enfants à charge, d'une rente éducation dont le montant annuel est indiqué au tableau des garanties.

La situation d'invalidité permanente et totale du participant n'ouvre pas droit au versement par anticipation de la rente éducation.

Le montant de la rente éducation est doublé pour les enfants orphelins des deux parents.

La rente est payable trimestriellement par avance, sous condition de vie, le premier et le dernier terme étant calculés prorata temporis.

La rente prend effet le premier jour du mois qui suit le décès du participant. Elle cesse à compter du premier jour du trimestre suivant la date à laquelle le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées lors de l'ouverture des droits et en tout état de cause à la date de son décès. Cette cessation est irrévocable.

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

Exclusions

Tous les risques de décès sont garantis sans restriction territoriale, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après :

- en cas de guerre, 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 ;
- le risque de décès résultant d'un accident d'aviation n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil pourvu d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,

Garanties OCIRP

Les garanties ne sont pas accordées dans les cas suivants :

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

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

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

Justificatifs à fournir

Garanties décès (hors rentes OCIRP)

Dans les plus brefs délais, l'employeur adresse à l'organisme assureur le formulaire de demande de prestations en cas de décès complété et accompagné de tout ou partie des pièces ci-après (à l'adresse indiquée sur ce formulaire) :

En cas de décès :

- acte de notoriété établi par le notaire ou à défaut ;
- acte de décès original avec filiation ;
- et acte de naissance intégral du défunt, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales ;
- et livret de famille du participant ;
- et certificat d'hérédité établi par la mairie si le capital en cas de décès revient aux héritiers ;
- copie de l'acte de naissance intégral du (des) bénéficiaire (s) de la prestation, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales (sauf en présence d'un héritier bénéficiaire de la prestation si l'acte de notoriété est transmis) ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du (des) bénéficiaire (s) de la prestation (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- copie intégrale du dernier avis d'imposition du participant ;
- en présence d'enfant à charge pour l'enfant de plus de 16 ans, un certificat de scolarité original ou une attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou une attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) 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, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;
- à la demande de l'organisme assureur, pour le versement des prestations à l'enfant mineur : une attestation du parent survivant selon laquelle ce dernier exerce pleinement l'autorité parentale à l'égard de l'enfant mineur et ce sans restriction ;
- copie des bulletins de salaire du participant correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant le décès ou l'arrêt de travail en cas d'arrêt maladie avant le décès ;
- relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire de la prestation, et/ou, le cas échéant relevé d'identité bancaire portant la mention "sous administration légale de..." pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital

décès et/ou du relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation ;

S'il y a lieu, l'employeur complète la demande de prestations par tout ou partie des pièces suivantes :

- pour justifier la situation de conjoint : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi que l'acte de mariage ou son acte de naissance, avec mentions marginales ; les pièces fournies devront dater de moins de 3 mois ;
- pour justifier la situation de partenaire lié par un PACS : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun daté de moins de 3 mois (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi qu'une ordonnance du tribunal d'instance ou de grande instance délivrée aux titulaires d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou attestation délivrée par le notaire ou la mairie ;
- pour justifier la situation de concubin : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois), ainsi qu'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) ;
- facture acquittée des frais à la charge du bénéficiaire de l'allocation de frais d'obsèques, et relevé d'identité bancaire et copie de la pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques si la garantie est présente ;
- en cas de décès accidentel, la preuve du caractère accidentel du décès incombe au bénéficiaire ou à l'ayant droit qui devra fournir : un rapport de police ou de gendarmerie ; copie de la décision de la Sécurité sociale en cas d'accident du travail, ainsi que tout élément d'information sur les circonstances du décès (article de presse par exemple) sans que cela préjuge de la reconnaissance par l'organisme assureur du caractère accidentel du décès garanti au titre du contrat d'adhésion si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail non indemnisée par l'organisme assureur, une attestation de la Sécurité sociale et/ou de l'organisme assureur de l'employeur garantissant l'arrêt de travail des salariés, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès.

L'organisme assureur peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

Garanties OCIRP

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

- un certificat de décès du participant ;
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires ;
- tous documents justifiant la qualité d'enfant à charge ;
- le cas échéant, les documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures ;
- en cas de mise sous tutelle, la copie certifiée conforme du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) l'orphelin(s) ;
- en cas de concubinage, au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès (quittance d'électricité, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'instance) ;
- en cas de contrat de PACS, les mêmes types de justificatifs que ceux prévus en cas de concubinage avec au moins le document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du Tribunal d'instance ;
- une attestation de l'employeur concernant l'activité participante de l'assuré ainsi que tout document justifiant que l'assuré décédé était assimilé à un participant conformément à l'article L.931-3 du Code de la Sécurité sociale.

En outre, le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal, devra produire annuellement une déclaration sur l'honneur avec la mention « non décédé » ou toute pièce justificative valant certificat de vie.

De même, le bénéficiaire ou son représentant légal devra fournir tout justificatif qui pourrait lui être réclamé pour justifier de sa situation au regard des conditions fixées pour bénéficier des prestations.

À défaut de production des ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

Arrêt de travail

Objet de la garantie

Verser au participant, 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).

Contenu de la garantie

1/ Période de longue maladie

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.

À l'issue de la période d'indemnisation au titre du « maintien de salaire » (prévu par l'article 55 de la Convention collective susvisée complété par l'article 13 de l'annexe agents de maîtrise, techniciens ou assimilés et par l'article 14 de l'annexe relative aux cadres) le salarié en incapacité de travail pour maladie ou accident bénéficiera d'indemnités journalières complémentaires.

Pour les salariés ne justifiant pas de l'ancienneté nécessaire pour bénéficier de l'indemnisation en matière de maintien de salaire en cas de maladie ou d'accident prévue dans la convention collective susvisée (art. 55 / art. 13 et 14 des annexes catégorielles), l'indemnisation au titre de la présente garantie interviendra à l'issue d'une franchise fixe de 180 jours d'arrêt de travail continu.

Les prestations sont versées tant que le salarié perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale. En aucun cas, le cumul de tout revenu éventuel, des indemnités journalières de la Sécurité sociale et de celles servies au titre du présent régime de prévoyance ne peut conduire le salarié à percevoir un revenu supérieur à 100 % du salaire net de référence.

Le montant des prestations versées par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Rechute :

Si le salarié reprend son travail et si une rechute provenant du même accident ou de la même maladie provoque un nouvel arrêt dans un délai inférieur à deux mois, les prestations qui reprennent sont calculées sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise du travail. Une rechute survenant plus de deux mois après la reprise du travail est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie et la franchise est à nouveau applicable.

Durée de l'indemnisation :

Lorsque la Sécurité sociale suspend, cesse ou diminue le versement de ses prestations, l'organisme assureur suspend, cesse ou diminue, à due concurrence, le versement de ses propres prestations.

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

- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- lors de la reprise du travail ;
- lors de la mise en invalidité ou reconnaissance d'une incapacité permanente et professionnelle ;
- à la date de décès du participant ;
- 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).

2/ Période d'invalidité

Invalidité permanente

Est considéré comme invalide, le participant 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 ou en état d'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle 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.**

La rente d'invalidité permanente est servie aussi longtemps que le salarié bénéficie d'une rente de la Sécurité sociale et cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de cessation des prestations de la Sécurité sociale ;
- à la date de liquidation effective de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- au décès du salarié.

En aucun cas, le cumul de tout revenu éventuel, de la rente servie par la Sécurité sociale et de la rente d'invalidité servie au titre du présent régime de prévoyance ne peut conduire le salarié à percevoir un revenu supérieur à 100 % du salaire net de référence.

Le montant des prestations versées par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Durée de l'indemnisation :

Les prestations en cas de longue maladie ou d'invalidité permanente sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale.

Exclusions

Ne sont pas garantis :

- les accidents et maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire du contrat et ceux qui résultent de tentatives de suicide, mutilations volontaires ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant ;
- les blessures ou lésions provenant de courses, matchs ou paris (sauf compétitions sportives normales) ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, de complot, de grève ou de mouvement populaire ;
- les accidents et maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les rixes, sauf le cas de légitime défense ;
- le congé normal de maternité.

Les risques de navigation aérienne ne sont garantis qu'en temps de paix seulement et dans les conditions fixées ci-après :

- au cours de voyages aériens accomplis par les participants à titre de simples passagers, et à condition que les appareils soient conduits par des personnes pourvues d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé :
- sur les lignes commerciales régulières,
- à bord d'un appareil civil muni d'un certificat valable de navigabilité,
- à bord d'un appareil militaire muni d'une autorisation réglementaire,
- au cours de vols effectués :
- en service commandé, comme militaire de réserve pendant les heures de vol réglementaire,
- à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité comme pilote non professionnel pourvu d'un brevet valable pour l'appareil envisagé.

Justificatifs à fournir

L'employeur adresse à l'organisme assureur le formulaire de demande de prestations en cas d'arrêt de travail, complété, signé et accompagné de tout ou partie des pièces suivantes :

Dans tous les cas :

- relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du destinataire de la prestation (employeur ou participant) ;
- 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 d'arrêt de travail ;

En cas d'incapacité temporaire de travail, les pièces suivantes devront également être transmises :

- 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 ;
- en cas de reprise à mi-temps thérapeutique, formulaire d'attestation de salaire adressé à la Sécurité sociale précisant les salaires versés dans le cadre de l'activité partielle ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie ;
- en cas de cessation du contrat de travail, copies recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) et du certificat de travail ;
- pour les participants relevant de la MSA : copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale .

En outre, sur demande de l'organisme assureur, l'employeur :

- transmet les copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui - ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale (pour les participants autres que ceux relevant de la MSA) ;
- transmet les bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;
- transmet copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation ;
- apporte la preuve à l'organisme assureur, que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation lui a bien été remis par le participant 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, le participant doit apporter la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant ;
- le cas échéant, l'attestation sur l'honneur rempli par l'employeur précisant le motif de l'arrêt de travail justifiant la demande de prestations.

En cas d'invalidité, les pièces suivantes devront également être transmises :

- copie de la notification d'attribution définitive de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité professionnelle permanente délivrée par la Sécurité sociale indiquant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente, ainsi que le montant versé par la Sécurité sociale ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du bulletin de salaire du mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- copie du bulletin de salaire du mois de l'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité ;
- copies des 2 derniers avis d'imposition sur les revenus du participant ;
- l'attestation de paiement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale ou la copie des décomptes de la sécurité sociale correspondants ;
- en cas de reprise d'activité (même partielle) au sein d'une entreprise, les copies des bulletins de salaire depuis le 1^{er} jour de la reprise d'activité ;
- si le participant est inscrit à Pôle emploi et perçoit des allocations chômage, la copie de la notification d'ouverture de droit aux allocations précisant la date exacte de début d'indemnisation ainsi que le montant journalier brut et net alloué et joindre les bordereaux de paiement ;
- si le participant est inscrit à Pôle emploi mais ne perçoit pas d'allocations chômage, la copie du refus de cet organisme ;
- si le participant perçoit des ressources d'un autre organisme, l'attestation de paiement de cet organisme depuis le mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- en cas de rupture de contrat, la copie du certificat de travail pour chaque employeur connu au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date de l'arrêt de travail ;
- en cas de révision de pension, la copie de la décision de la Sécurité sociale modifiant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

L'organisme assureur peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande de prestations et en cours de règlement des prestations.

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation encourus. À défaut, l'organisme assureur ne procédera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

Inaptitude partielle ou totale

Objet de la garantie

1/ Inaptitude partielle d'origine professionnelle ou non professionnelle

Afin d'atténuer la perte de salaire en cas de reclassement à un niveau inférieur ou en cas d'aménagement du temps de travail, le salarié inapte partiellement et reclassé dans les conditions définies ci-après, perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-dessous.

Le bénéfice de cette garantie est ouvert à tout salarié, sans condition d'âge, dès lors que celui-ci cumule toutes les conditions suivantes :

- Justifier d'une ancienneté d'un an dans l'entreprise ;
- Être reconnu inapte par le médecin du travail à exercer son emploi ;
- Être reclassé dans l'entreprise par la mise en œuvre de mesures telles qu'un changement d'emploi ou un aménagement du temps de travail entraînant une diminution de salaire.

Le montant de la prestation est de 60 % du différentiel entre le salaire de référence avant l'inaptitude et le nouveau salaire de référence.

L'indemnisation cesse dans les cas suivants :

- liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- rupture du contrat de travail ;
- réintégration dans l'emploi initial en cas d'amélioration des capacités physiques constatées par le médecin du travail ou dans un emploi dont la rémunération est équivalente à celle de l'emploi initial ou lorsqu'il y a retour à la durée du travail initiale.

En aucun cas, le cumul de tout revenu éventuel et de la rente servie au titre du présent régime ne peut conduire le salarié à percevoir un revenu supérieur à 100 % du salaire net de référence.

Le montant des prestations versées par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

2/ Inaptitude totale d'origine professionnelle ou non professionnelle

Le bénéfice de cette garantie est ouvert à tout salarié dès lors que celui-ci cumule toutes les conditions suivantes :

- justifier d'une ancienneté d'un an dans la profession ;
- être reconnu totalement inapte par le médecin du travail à exercer son emploi ;
- et dont l'impossibilité de reclassement s'est traduite par un licenciement.

Le reclassement doit prendre en compte les indications du médecin du travail à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident d'origine professionnelle ou non, qui peuvent notamment être justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs (en vertu de la combinaison des articles L. 1226-10 et L. 4624-1 du Code du travail).

Le salarié perçoit à compter de la date de rupture de son contrat de travail, une rente dont le montant mensuel varie en fonction de son âge. Cette rente pourra être utilisée durant les deux premières années pour accompagner le salarié licencié dans son projet de réorientation professionnelle compte tenu des difficultés éventuelles du retour à l'emploi.

Le versement de cette indemnisation cesse dans les cas suivants :

- nouvel emploi retrouvé à un niveau égal ou supérieur de rémunération ;
- ouverture des droits à taux plein pour la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

L'indemnisation persiste totalement ou partiellement dans les cas suivants :

- nouvel emploi retrouvé à un niveau inférieur de rémunération à celui de l'emploi objet de l'inaptitude totale, jusqu'à concurrence de la rente mensuelle prévue ci-dessus ;
- nouvel emploi retrouvé à temps partiel générant une diminution de la rémunération par rapport à l'emploi initial objet de l'inaptitude totale, jusqu'à concurrence de la rente mensuelle prévue ci-dessus.

Il sera tenu compte pour la détermination de l'ancienneté dans la profession, de l'ensemble des périodes de travail salarié effectif (ou assimilées comme telles par la loi ou les conventions collectives nationales n° 3179 et n° 3612), et matérialisées par un contrat de travail, dans une entreprise relevant de la Convention collective nationale n° 3179 des Entreprises de l'industrie et des commerces en gros des viandes ou de la Convention collective nationale n° 3612 des Coopératives et SICA Bétail et Viande, dans leur totalité quelles que soient les périodes intermédiaires de travail dans une entreprise ne relevant pas des conventions collectives nationales susvisées. Lorsque ces périodes intermédiaires comprennent des périodes de chômage, indemnisées par le régime d'assurance chômage, celles-ci seront prises en compte pour la détermination de l'ancienneté dès lors qu'elles seront inférieures à 12 mois consécutifs.

En aucun cas, le cumul de tout revenu éventuel et de la rente servie au titre du présent régime ne peut conduire le salarié à percevoir un revenu supérieur à 100 % du salaire net de référence.

Le montant des prestations versées par l'organisme assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

Procédure de prise en charge par le médecin expert :

Un médecin expert peut être choisi par l'organisme assureur sur la liste des médecins agréés auprès des tribunaux afin qu'il se prononce sur la prise en charge après examen du dossier qui lui est présenté. Il peut si nécessaire, demander toute pièce justificative et faire procéder à un examen médical du salarié.

Les frais occasionnés par cet examen sont à la charge de l'organisme assureur. La décision est notifiée aux intéressés. Lorsque la décision du médecin expert est contestée par le salarié ou l'entreprise, les deux parties désignent un arbitre. La décision du médecin arbitre est définitive. En cas de désaccord sur la désignation du médecin arbitre, la partie la plus diligente demande au président du tribunal d'instance du siège de l'organisme assureur de le nommer.

Justificatifs à fournir

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

- un certificat de travail permettant de justifier l'ancienneté dans l'entreprise, ainsi que tout document nécessaire à la justification de l'ancienneté dans la profession ;
- la fiche médicale d'inaptitude partielle ou totale établie par la médecine du travail ;
- une attestation des salaires bruts, hors frais professionnels qu'il a ou aurait perçu au cours 12 des 12 mois précédant la date de reconnaissance de l'inaptitude ;
- les photocopies des bulletins de salaire des 12 mois précédant la date de reconnaissance de l'inaptitude ;
- une attestation de salaire en cas de reclassement dans un autre emploi, en cas d'inaptitude partielle ;
- la photocopie de la lettre de licenciement en cas d'inaptitude totale ;
- les décomptes d'indemnités journalières pour l'arrêt de travail ayant conduit à l'inaptitude ;
- la notification de prise en charge en invalidité ou au Pôle emploi et les avis de paiement si tel est le cas ;
- le dernier avis d'imposition sur les revenus en cas de paiement au salarié ;
- la notification de prise en charge par une autre caisse de prévoyance et les avis de paiement si tel est le cas ;
- l'attestation de formation en cas d'inaptitude totale si tel est le cas ;
- le relevé d'identité bancaire de l'entreprise adhérente (ou du salarié en cas de rupture du contrat de travail).

L'organisme assureur peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

Dispositions générales

Début des garanties

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

Cessation des garanties

Sauf application des dispositions de l'article ci-après, la suspension du contrat de travail du participant entraîne celle des garanties.

Dans tous les cas, le droit à garantie cesse :

- à la date de rupture du contrat de travail du participant, sauf application des dispositions contraires prévues au titre de la « garantie en cas d'Inaptitude partielle ou totale d'origine professionnelle ou non professionnelle » concernant spécifiquement la mise en œuvre de cette garantie, ainsi qu'à l'article 5 et en Annexe,
- au décès du participant,
- et en tout état de cause à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion sauf maintien des garanties décès en application des dispositions de l'article 6 ci-dessous.

Cessation des garanties

Les garanties cessent également lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail avec indemnisation

La garantie est maintenue au profit du participant, dès lors, que pendant la période de suspension du contrat de travail, il bénéficie :

- d'un maintien total ou partiel de salaires,
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, et/ou de la Sécurité sociale,
- ou de pensions d'invalidité complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (et/ou de la Sécurité sociale) ou de pensions d'invalidité complémentaires au titre d'une maladie de la vie privée, d'une maladie professionnelle, d'une maternité, d'un accident de la vie privée ou du travail, du compte épargne temps,
- ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Ce maintien s'effectue moyennant paiement de la cotisation correspondante.

Le salarié et l'employeur gardent à leur charge leur quote-part de cotisations selon la répartition définie.

Il est précisé que l'assiette des prestations à retenir dans ce cas est celle définie aux Conditions particulières, laquelle intègre le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Durée du maintien

Le maintien de ces garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, le maintien de la garantie est assuré, 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.

Le maintien de la garantie cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- suspension ou cessation des prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
- date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant. La cessation à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse ne s'applique pas aux participants en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.
- décès du participant ;
 - date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion.

En cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation

La garantie est maintenue au profit des salariés en congé parental d'éducation, en congé de proche aidant et en congé de solidarité familiale, durant toute la durée du congé. La base des cotisations et des garanties est le dernier salaire annuel brut de référence connu au moment de la suspension du contrat de travail.

Ce maintien s'effectue moyennant paiement de la cotisation correspondante.

Le salarié et l'employeur gardent à leur charge leur quote-part de cotisations selon la répartition définie.

Les absences non rémunérées d'une durée maximum d'un mois (ex : congés sans solde pour des raisons personnelles, mise à pied, ...) ne sont pas considérées comme une suspension du contrat de travail au sens des présentes dispositions.

Dans tous les autres cas, la garantie cesse à la date d'effet de la suspension, lorsque le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 1 mois pour toutes autres raisons que celles prévues au 1^{er} paragraphe du présent chapitre (ex : congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, mandat parlementaire, incarcération...).

La garantie reprend effet à la date de reprise d'activité du salarié sur la base de la dernière déclaration connue, sauf à ce que celui-ci la modifie à la reprise d'activité.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Les garanties sont maintenues aux anciens participants 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 participants en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des participants en activité, les garanties des anciens participants 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 participant 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 :

- dès que l'ancien participant 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 participant, 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 participants en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien participant.

L'ancien participant doit informer par courrier l'organisme assureur de la cessation de son contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation de son contrat de travail :

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien participant en tant que 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 participant (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 :

- impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- le décès de l'ancien salarié.

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 participant ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation-chômage due à l'ancien participant 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 participant 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 participant, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

En cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat de prévoyance

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'organisme assureur, 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 participant **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 du capital décès pour personne à charge ;
- la rente d'éducation OCIRP ;

Ne donne pas lieu au maintien :

- 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 participant 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.

Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, personnes à charge

Conjoint

- l'époux ou l'épouse du participant non divorcé(e) par un jugement définitif, et non séparé(e) de corps.

Concubin

- le concubin au sens de l'article 515.8 du code civil. Est donc considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec le participant au moment du décès sous réserve qu'elle soit célibataire, veuve, divorcée ou séparée de corps et qu'elle puisse attester d'une vie commune par la production d'un justificatif (quittance de loyer, facture E.D.F, relevé de compte bancaire...). Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Partenaire de PACS

-le partenaire lié par un PACS, c'est-à-dire la personne liée au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) tel que défini à l'article 515.1 du code civil

Personnes à charge

Enfants à charge

Les enfants à charge du participant ou ceux de son conjoint (marié, pacsé ou concubin), dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26e anniversaire, et sous condition soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un Centre d'Aide par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical ou tant que l'enfant invalide bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Autres personnes à charge

- Les personnes, comme les ascendants du participant ou ceux de son conjoint (marié, pacsé ou concubin), sans activité reconnues à charge du participant par l'administration fiscale pour le calcul du quotient familial, à l'exception du conjoint, du partenaire lié par un Pacs ou du concubin.

Qualités

Les qualités de participant, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfant ou personne à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

- Pour la garantie décès et rente d'éducation OCIRP :

Le salaire de référence est le salaire annuel moyen brut perçu au cours des 12 derniers mois précédents le décès, pris en compte dans la limite des tranches de salaire suivantes :

- tranche A : partie du salaire brut, limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire brut, comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la période de référence n'est pas complète en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué à partir des éléments de salaire versés au participant entre la date d'effet de la garantie et la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

- Pour la garantie arrêt de travail et l'inaptitude partielle ou totale :

Le salaire de référence est le salaire mensuel moyen brut perçu au cours des 12 derniers mois précédents pris en compte dans la limite des tranches de salaire suivantes :

- tranche A : partie du salaire brut, limitée au plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire brut, comprise entre 1 et 4 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la période de référence n'est pas complète en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué à partir des éléments de salaire versés au participant entre la date d'effet de la garantie et la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Paiement des prestations

En cas d'arrêt de travail

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.

Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance.

En cas de décès

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

En cas de prestations décès n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s)

Lorsque les prestations prévues en cas de décès n'ont pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s), durant un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur (matérialisée par la réception de l'acte de décès), les sommes correspondant à ces prestations sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations, conformément à la réglementation.

Lorsque lesdites sommes n'ont toujours pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) après un nouveau délai de 20 ans à compter de la date de transfert à la Caisse des dépôts et consignations, ces sommes sont acquises par l'État.

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

Rentes hors OCIRP

Le Conseil d'administration fixe deux fois par an, à effet du 1^{er} janvier et du 1^{er} juillet, les coefficients de revalorisation à appliquer aux rentes en cours de service.

Les mesures qu'il pourra prendre en matière de revalorisation auront un caractère général et s'appliqueront obligatoirement, et dans les mêmes conditions, à toutes les prestations à servir au titre des arrêts de travail survenus au cours d'un même exercice.

Le Conseil d'administration peut décider, en outre, de revaloriser les indemnités journalières prévues en cas de maladie de longue durée.

Rentes OCIRP

L'OCIRP fixe les coefficients ainsi que la périodicité des revalorisations à appliquer aux prestations en cours de service.

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.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par 2 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 participant 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 participant 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 participant, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Institution à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Recours contre les tiers responsables

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.

Procédure de traitement des réclamations – médiation

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

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

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

Si l'adhérent ou le participant n'a pas obtenu de réponse dans un délai de deux mois de l'envoi de sa réclamation ou si le litige persiste après la réponse donnée, celui-ci pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la protection sociale .:

Les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'adhérent déclare et garantit à l'Institution qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Institution accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'Institution pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Institution, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

À ce titre, l'adhérent s'engage à remettre, dès l'entrée en relation d'affaires, à l'Institution ou à son courtier le cas échéant, l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'adhérent et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'adhérent ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'Institution.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'Institution est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'Institution ne sera tenue d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'Institution serait réglementairement tenue de se conformer.

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, elle 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 Maiesherbes 75008 Paris).

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 mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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 serons 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.

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

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>

Autorité de contrôle

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.

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 cherchez 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.

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

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16 boulevard Maiesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270

OCIRP – Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan CS 50 003 – 75008 Paris - Siren 788 334 720

RI / Février 2023 – Pôle Contrats Chartres