AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Prévoyance

Convention collective nationale des Industries charcutières (salaisons, charcuteries en gros et conserves de viandes) [Brochure n° 3125]

Notice d'information

En vigueur au 1er janvier 2024

Personnel non cadre

Régime complémentaire de base

Sommaire

Présentation 4

Garanties prévoyance 5

Décès ou invalidité permanente et totale 5

Arrêt de travail 5

Décès ou invalidité permanente et totale 6

Objet de la garantie 6

Contenu de la garantie 6

Exclusions 7

Justificatifs à fournir 8

Arrêt de travail 10

Objet de la garantie 10

Contenu de la garantie 10

Exclusions 11

Justificatifs à fournir 12

Dispositions générales 14

Début des garanties 14

Cessation des garanties 14

Maintien des garanties 14

Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge 16

Salaire de référence 18

Paiement des prestations 18

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu 18

Revalorisation 19

Prescription 19

Recours contre les tiers responsables 20

Renseignements – réclamations – médiation 20

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales 21

Échanges dématérialisés 22

Protection des données à caractère personnel 23

Autorité de contrôle 25

Mes services 26

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels 28

Présentation

La Convention collective nationale des Industries charcutières (salaisons, charcuteries en gros et conserves de viandes) [Brochure n° 3125] a mis en place un régime de prévoyance obligatoire au profit de :
– son personnel non cadre ouvrier, employé, technicien, agent de maîtrise, entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale, c'est-à-dire 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.

Ce régime prévoit les garanties :
– décès ;
– arrêt de travail.

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, 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 de la garantie rente d'éducation.
AG2R Prévoyance en tant que membre de l'OCIRP agit au nom et pour son compte dans la gestion de la garantie 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.

Garanties prévoyance

Décès ou invalidité permanente et totale

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Quelle que soit la situation familiale	100 % du SR
Majoration par enfant à charge	20 % du SR
Invalidité permanente et totale	
Versement par anticipation	100 % du capital décès (1)
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou du concubin	
Nouveau capital	100 % du SR
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)	
Jusqu'au 16e anniversaire	6 % du SR (2)
Du 16e au 18e anniversaire, avec maintien jusqu'au 26e anniversaire tant que l'enfant répond à la définition d'enfant à charge	8 % du SR (3)
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) Y compris les majorations éventuelles pour enfant à charge.
(2) Le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1200 €.
(3) Le montant annuel de la rente ne peut être inférieur à 1400 €.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance (1)
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
À l'issue de la période d'indemnisation prévue par la Convention collective nationale (2)	66,66 % partie du SR
À compter du 181e jour d'arrêt de travail continu pour le participant n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des dispositions de l'accord du 5 décembre 2012	
Invalidité permanente : rente annuelle	
1re catégorie	36 % du SR
2e catégorie	60 % du SR
3e catégorie	60 % du SR (3)
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle	
Taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %	36 % du SR
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	60 % du SR (3)

SR = Salaire de référence.
(1) Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.
(2) Dont les dispositions en matière d'incapacité temporaire de travail des participants non cadres modifiées dernièrement par l'accord du 5 décembre 2012 sont en vigueur depuis le 1er janvier 2013.
(3) La rente en cas d'invalidité de 3e catégorie est cumulative avec le capital versé en cas d'invalidité permanente et totale.

Décès ou invalidité permanente et totale

Objet de la garantie

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès ou d'invalidité permanente totale et définitive 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 du participant, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé ;
– à défaut, à son partenaire de PACS ;
– à défaut, à son concubin notoire ;
– à défaut, à ses enfants, par parts égales entre eux ;
– à défaut, à ses ascendants à charge au sens fiscal, par parts égales entre eux ;
– à défaut, à ses autres personnes à charge au sens fiscal, par parts égales entre eux ;
– à défaut de tous les susnommés, à ses autres héritiers, par parts égales entre eux.
Par désignation caduque, il faut entendre la désignation initialement faite par le participant qui se trouve privée d'effet lorsque le bénéficiaire désigné prédécède au participant ou s'il décède en même temps que ce dernier alors qu'aucune clause de représentation n'a été prévue. La désignation est également caduque si, à la date du décès du participant, le bénéficiaire désigné a perdu la qualité au titre de laquelle il avait été initialement désigné, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné par le participant (cas par exemple d'une personne désignée par la qualité « mon conjoint » qui, par l'effet d'un jugement de divorce définitif, perd sa qualité de bénéficiaire au décès du participant).
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.ag2rlamondiale.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.
Une désignation de bénéficiaire particulière établie par un participant mineur ne peut être prise en compte par l'organisme assureur. En cas de décès d'un participant de moins de 18 ans, le capital est versé à ses héritiers en proportion de leur vocation successorale.
Un bénéficiaire peut accepter la désignation particulière faite à son profit par le participant dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cas, cette désignation devient irrévocable et ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.
Quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable, 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 à charge est versée sous réserve de l'existence d'enfant à charge au décès du participant.

2/ Invalidité permanente et totale du participant

Invalidité permanente et totale
Est considéré en état d'invalidité permanente totale et définitive, le participant reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3e catégorie d'invalide, ou victime d'accident de travail bénéficiant de la rente pour incapacité permanente et totale majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne.

Lorsque le participant est en état d'invalidité permanente et totale, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour enfant à charge, lui est versé par anticipation sur sa demande en quatre trimestrialités dans l'année civile suivant la déclaration de la Sécurité sociale reconnaissant l'état d'invalidité permanente et totale..
Ce versement anticipé met fin à la garantie capital décès en cas de décès du participant.
En cas de décès du participant invalide avant le paiement total du capital, le montant restant dû sera versé aux bénéficiaires du capital décès.

3/ Décès postérieur ou simultané du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin du participant

Le décès du conjoint non remarié du participant, ou de son partenaire de PACS ou de son concubin survenant simultanément ou postérieurement au décès du participant, entraîne le versement au profit des enfants restant à charge, et qui étaient initialement à charge du participant au jour de son décès, d'un nouveau capital.

Ce capital est réparti, par parts égales entre eux, directement aux enfants à charge dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités durant leur minorité.

4/ Rente d'éducation OCIRP

En cas de décès ou d'invalidité permanente et totale du participant, il est versé une rente **temporaire** au profit de chaque enfant à charge.
Les prestations prennent effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès. Les rentes sont payables trimestriellement et par avance.
Le versement de la rente cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions d'attribution ou au jour de son décès.
Lorsque l'enfant est mineur, elle est versée au conjoint non déchu de ses droits parentaux ou, à défaut, au tuteur ou bien, avec l'accord de celui-ci, à la personne ayant la charge effective des enfants. Lorsque l'enfant est majeur, elle lui est versée directement.

Exclusions

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'organisme assureur, en cas de décès ou d'invalidité permanente et totale :
- **les conséquences d'une participation à des compétitions démonstratives, acrobatiques, raids, vols d'essais et vols sur prototypes, descentes en parachute qui n'exigeraient pas la situation critique de l'appareil ;**
- **les risques de navigation aérienne, lorsque le participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmé, ce pilote pouvant être le participant ;**
- **les risques de guerres qui ne seraient pas pris en compte par la législation à intervenir sur les Assurances sur la vie en temps de guerre.**

Le fait que l'organisme assureur ait payé des prestations même à plusieurs reprises, n'implique pas qu'elle renonce tacitement à l'application des risques exclus.

Garantie 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.

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'invalide 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 ;

En cas d'invalidité permanente totale et définitive :

– la preuve de l'invalidité permanente totale et définitive incombe au participant ou à la personne qui en a la charge qui devra fournir la copie de la notification de la pension d'invalide de 3e catégorie de la Sécurité sociale, ainsi que les pièces suivantes :

– 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'invalide civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;

– copie des bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant l'invalidité permanente totale et définitive ;

– si l'invalidité Permanente Totale est précédée d'un arrêt de travail non indemnisé par l'organisme assureur : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité ;

– certificat original du médecin traitant ;

– RIB au nom du participant ;

– copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;

– copie de l'acte de naissance original, à jour des mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
– copie intégrale du ou des livrets de famille du participant à jour de toutes les mentions marginales (sauf si célibataire sans enfant) ;
– copie intégrale du dernier avis d'imposition.

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.

Garantie 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) ;
– le cas échéant, la notification de la Sécurité sociale classant le participant en invalidité de 3e catégorie ;
– 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/ 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, l'organisme assureur verse une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.
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, indemnités du régime d'assurance chômage, …) ne peut conduire le participant 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 participant 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 :
– à la date de cessation de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
– au 1095e jour d'arrêt de travail ;
– à la date de reprise du travail ;
– à la date de mise en invalidité ;
– à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour le participant 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 participant.

2/ Invalidité permanente

Invalidité permanente
Est considéré comme invalide, le participant classé dans les 1re, 2e et 3e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :
• 1re catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
• 2e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit ;
• 3e 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 participant 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 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, indemnités du régime d'assurance chômage, …) ne peut conduire le participant 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 participant, mensuellement à terme échu. En cas de décès, elle est versée avec paiement prorata temporis.
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 :
– à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
– à la date de décès du participant.

3/ Incapacité permanente professionnelle

Le participant reconnu, par le régime de base de la Sécurité sociale, en état d'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, 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'incapacité permanente professionnelle complémentaire est versée dans les conditions et limites prévues pour la garantie invalidité permanente complémentaire.

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 1er 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 encours. À défaut, l'organisme assureur ne procèdera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

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

– À la date de suspension du contrat de travail du participant, sauf dans les cas de maintien mentionnés ci-après ;
– un mois après la date à laquelle prend fin le contrat de travail du participant ;
– le jour de la rupture de son contrat de travail si son nouvel employeur a souscrit un contrat de même nature ;
– lorsque le participant ne relève plus de la catégorie de personnel définie au contrat de prévoyance ;
– à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat.

> **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

Garanties décès

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant :
– 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 ;
– dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'il bénéficie 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…),
– en arrêt de travail pour maladie ou accident, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Garanties arrêt de travail

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant :
– 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 le contrat de travail est suspendu dès lors qu'il bénéficie 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…),
– 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.

> Le maintien des garanties s'applique le cas échéant, également aux ayants droit du participant.

Exonération des cotisations

Pour le participant dont le contrat de travail est en vigueur, en arrêt de travail pour maladie ou accident et indemnisé à ce titre par l'organisme assureur, le maintien des garanties intervient sans contrepartie des cotisations à compter du premier jour d'indemnisation de la période d'incapacité de travail garantie par l'organisme assureur. L'exonération de cotisations cesse dès le premier jour de reprise du travail par le participant ou dès la cessation ou suspension des prestations de l'organisme assureur.

Durée du maintien des garanties arrêt de travail et décès

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, 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 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.

Défaillance économique d'une entreprise en cas de cessation d'activité (toutes causes)

En cas de cessation d'activité de l'entreprise, l'organisme assureur s'engage à maintenir les droits à portabilité des salariés.

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

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 enfant à charge ;
– le décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin ;
– la rente d'éducation OCIRP.
Ne donnent pas lieu au maintien :
– **l'invalidité permanente et totale du participant ;**
– **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, enfants à charge

Conjoint

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

Concubin

– La personne vivant en couple avec le participant au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. 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

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

Enfants à charge

Enfants à charge hors rente d'éducation OCIRP

Sont considérés comme étant à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie (ainsi que les enfants recueillis) :

– les enfants mineurs ;

– les enfants âgés de moins de 25 ans :

- s'ils poursuivent leurs études dans le cycle secondaire, supérieur ou professionnel,
- s'ils sont en apprentissage,
- s'ils sont inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage,

– quel que soit leur âge :

- les enfants handicapés, si avant leur 21e anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » ou bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés,
- les enfants accomplissant leur service civil, s'ils étaient à charge avant l'incorporation.

Sont également pris en considération :

– dans les mêmes conditions, les enfants su conjoint du participant, sous réserve qu'ils vivent au foyer du participant ;

– les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après le décès du participant.

Enfants à charge pour le service de la rente d'éducation OCIRP

Sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, dans les cas suivants :

– les enfants à naître ;

– les enfants nés viables ;

– les enfants recueillis - c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire de 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.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du participant, les enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, est légalement établie :

– jusqu'à leur 18 e 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 du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
- d'être employés dans un ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,

– sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant.

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

Salaire de référence

Pour le paiement des prestations décès et rente d'éducation OCIRP

Le salaire de référence pour le calcul du capital décès/invalidité permanente et totale est le salaire brut annuel plafonné à la tranche B soumis à cotisation durant les quatre trimestres civils précédant immédiatement le décès, la déclaration en invalidité permanente et totale ou l'arrêt de travail du participant si une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès.

– Tranche A : partie du salaire brut annuel limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
– Tranche B : partie du salaire brut annuel comprise entre une fois et quatre 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 participant aurait perçus s'il avait travaillé.

Si le décès intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée, le salaire de référence est revalorisé sur les mêmes bases que les prestations arrêt de travail.

Pour le paiement des prestations arrêt de travail

Le salaire servant au calcul des rentes de garanties arrêt de travail est le salaire mensuel moyen brut plafonné à la tranche B des douze derniers mois civils précédant l'arrêt de travail ouvrant droit aux garanties du régime de prévoyance.

– Tranche A : partie du salaire mensuel brut limitée au plafond mensuel de la Sécurité sociale.
– Tranche B : partie du salaire mensuel brut comprise entre une fois et quatre fois le plafond mensuel 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 est reconstitué à partir des éléments de salaire que le participant aurait perçus s'il avait travaillé.

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 auprès du participant.

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.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

Les prestations versées en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes versées en cas d'invalidité sont revalorisées annuellement. Le taux de revalorisation est fixé par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

Les prestations versées au titre de la garantie rente éducation sont revalorisées selon un coefficient et une périodicité fixés par le Conseil d'administration de l'union OCIRP.

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

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.

L'employeur prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite des revalorisations des de ces prestations, notamment auprès du nouvel organisme assureur de sa couverture prévoyance. Toutefois, dans le cas où l'adhérente déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat de prévoyance n'est souscrit suite à la prise d'effet de la résiliation ou du non renouvellement, les prestations servies demeurent revalorisées par l'organisme assureur dans les conditions définies au contrat d'adhésion.

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 1er novembre de l'année précédente ;
– soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1er 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 fausse 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'organisme assureur 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'organisme assureur, 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'organisme assureur 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.

Renseignements – réclamations – médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé)

– Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
– Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat (le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s) droit, le(s) bénéficiaire(s)), ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser

– Par internet sur le site internet de l'organisme assureur à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ;
– Via l'espace client ;
– Par courrier à l'adresse suivante :

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

– Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
  - 09 72 67 22 22 pour les entreprises,
  - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

– Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/;
– Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale

10, Rue Cambacérès

75008 Paris

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'organisme assureur.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties, elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur, 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'organisme assureur 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'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur serait réglementairement tenue de se conformer.

Échanges dématérialisés

Définition

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.

Mise en œuvre et vérification par l'organisme assureur

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

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

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

Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'organisme assureur

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 règlementation 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.

Droit d’opposition de l’adhérent et du participant

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

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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 l’organisme assureur utilise :

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

Base légale

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 aux 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.

Profilage et décision automatisée

L’organisme assureur peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l’existence d’une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l’origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l’intervention d’une personne humaine afin d’obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l’adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l’attention du Délégué à la protection des donnée 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l’organisme assureur de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'entreprise et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles

Éventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européennes présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union Européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européennes ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données du Groupe AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des donnée 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. »

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et règlementaires, 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.

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

L’organisme assureur informe de l’existence de la liste d’opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s’inscrire ici : https://www.bloctel.gouv.fr

Pour en savoir plus sur la 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

Pour créer votre espace client, rien de plus simple

Depuis le site ag2rlamondiale.fr ou en scannant le QR code :

– Dirigez-vous vers l'Espace Client.

– Cliquez sur « S'inscrire » puis sélectionnez votre profil et complétez vos données.

– Saisissez le numéro de contrat figurant sur votre carte de tiers payant ou votre certificat d'adhésion.

– Cliquez sur le lien présent dans l'email d'activation que vous recevrez à l'issue de votre inscription (vérifiez que celui-ci n'arrive pas dans vos courriers indésirables).

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/

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

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

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.
www.ag2rlamondiale.fr

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 Malesherbes 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 / Décembre 2023 – Pôle contrats Chartres