



AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Prévoyance collective à adhésion obligatoire

Accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS)

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2021

Personnel cadre et non cadre

Sommaire

Lexique.....	4
Préambule	7
Titre 1 – Les dispositions relatives à la vie du contrat	8
1.1. Objet du contrat	8
1.2. Obligations liées à la territorialité	8
1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat.....	8
Titre 2 – Les dispositions relatives à l'affiliation du contrat	10
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	10
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	10
2.3. Cessation de l'affiliation.....	10
Titre 3 – Les dispositions relatives aux garanties	11
3.1. Objet des garanties	11
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties.....	11
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat.....	11
3.4. Garanties décès et Invalidité Absolue et Définitive	12
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail –invalidité et incapacité permanente professionnelle.....	14
3.6. Exclusions.....	16
3.7. Prestations.....	16
Titre 4 – Maintien des garanties	20
4.1. En cas de suspension du contrat de travail.....	20
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	20
Titre 5 – Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations	22
5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Évin ») :.....	22
5.2. Prestations en cours de service :	22
5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Évin ») :	22
5.4. Revalorisations en cas de résiliation	22
5.5. Obligations du souscripteur du fait de la résiliation.....	22
Titre 6 – Les cotisations.....	23
6.1. Assiette et montant.....	23
6.2. Modalités de paiement	23
Titre 7 – Références légales.....	24
7.1. Déchéance.....	24
7.2. Prescription.....	24
7.3. Recours contre tiers responsable.....	24
7.4. Réclamation –médiation	25
7.5. Juridiction compétente.....	25
7.6. Protection des données à caractère personnel.....	25
7.7. Autorité de contrôle	26

Titre 8 – Pieces justificatives	27
Annexe 1 : Garanties.....	29
Annexe 2 : Attestation de réception	30
Mes services	31
Découvrez notre application mobile « service client »	31
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers	32

Lexique

Dans la présente notice, les termes suivants sont utilisés :

Les organismes assureurs

Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité permanente professionnelle et Capitaux Décès/ Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / capital pour orphelin :

– **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale. Numéro SIREN 333 232 270 –. Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris

Pour la couverture de la Rente éducation :

– **OCIRP**, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan 75008 Paris.

AG2R Prévoyance est habilité à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.

Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs de la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/ Incapacité permanente professionnelle et capital Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Capital pour orphelin, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat faisant l'objet d'une co-recommandation entre les organismes susmentionnés. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et de ses salariés.

Le souscripteur

L'établissement relevant des accords collectifs de travail applicables dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes, qui a conclu le contrat d'assurance avec les organismes assureurs au bénéfice des assurés.

La catégorie assurée

L'ensemble du personnel cadre et non cadre du souscripteur tel que visé au contrat.

On entend par :

- Personnel cadre : salariés relevant des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ;
- Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ;

tel que repris dans l'ANI du 17 novembre 2017 étendu et élargi.

L'assuré

La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Le conjoint

Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :

- le conjoint de l'assuré, marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs) ;
- le concubin de l'assuré, vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et l'assuré soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré ou de son conjoint, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie :

- Jusqu'à leurs 18 ans révolus, sans condition ;
- À partir du 19^e anniversaire et jusqu'à leur 26^e anniversaire, 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 établissement 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 établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire du bénéficiaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil ou 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, de l'assuré décédé (ou en état d'invalidité absolue et définitive) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès (ou de l'IAD) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Les bénéficiaires

Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.

L'accord de prévoyance

Le protocole 158 du 30 novembre 2015 modifié par le protocole 163 du 7 septembre 2020 instituant le régime conventionnel de prévoyance.

Le contrat d'assurance

Le contrat d'assurance souscrit dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance. Accident Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

L'acte authentique

Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.

L'acte sous seing privé

Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.

Affection de longue durée (ALD)

Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale. (articles L322-3 et D322-1 du code de la Sécurité sociale)

DSN

La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Portabilité

Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale

Procédures collectives

Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr

Le salaire brut

La totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie à l'exclusion des primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire, indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.

Le salaire net

On entend par salaire net et dans les conditions prévues dans les garanties concernées, le salaire retenu pour sa valeur nette imposable (avant éventuelle imposition à la source) perçu au cours des 12 derniers mois, après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, après déduction des prélèvements sociaux (CSG, CRDS ...) non déductible du revenu imposable et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance /santé imposable.

Sécurité sociale (Régime obligatoire)

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

Sinistre

Réalisation du risque.

Les tranches de salaire A B et C

Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire A, B et le cas échéant C, celles-ci s'entendent ainsi :

- Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche C (TC) : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Il est précisé que les orientations prises dans le cadre de l'unification des régimes AGIRC-ARRCO n'ont pas d'impact sur la définition des tranches de salaire ci-avant.

Préambule

Votre établissement relève des accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS).

Conformément au protocole n°163, votre employeur, ci-après dénommé « le souscripteur », relevant des accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS), souscrit le contrat d'assurance collective obligatoire du régime de prévoyance mis en œuvre par AG2R Prévoyance au bénéfice de l'ensemble des salariés cadres et non cadres tels que définis au Lexique.

AG2R Prévoyance est par ailleurs habilitée à gérer la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties et prestations auxquelles vous pouvez prétendre, ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces dispositions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur.

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par l'organisme assureur.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en annexe 2 ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

Titre 1 – Les dispositions relatives à la vie du contrat

1.1. Objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit auprès de l'organisme assureur retenu cité en préambule.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle et Capital Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Capital pour orphelin, Rente d'éducation, sans sélection médicale, aux salariés appartenant aux catégories de personnel fixées par l'Accord de prévoyance, mentionnées au contrat à savoir :

- Personnel cadre : salariés relevant des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ;
- Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Tel que repris dans l'ANI du 17 novembre 2017 étendu et élargi.

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée les garanties de prévoyance souscrites par le souscripteur.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-décès) définies à l'article R931-2-1 du code de la Sécurité sociale.

1.2. Obligations liées à la territorialité

L'activité du souscripteur est réputée s'exercer en France.

Pour chaque assuré :

Les garanties sont acquises lorsqu'il exerce son activité sur le territoire français ou hors de ce territoire sauf dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois (3) mois, ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale.

1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat

1.3.1. Pour les établissements ayant souscrit précédemment un contrat de prévoyance collectif à adhésion obligatoire auprès d'un autre Organisme assureur

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat, et bénéficiaires d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'établissement auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur prestation perçue au titre du contrat de prévoyance collectif souscrit antérieurement, selon les conditions prévues à la présente notice d'information ;
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues à la présente notice d'information ;
- l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un assuré par l'organisme assureur antérieur.

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'établissement auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à la présente notice d'information.

1.3.2. Pour les établissements n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif sous l'ancien régime

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat, dès sa date d'effet, y compris pour les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle. Le tableau synthétise les garanties pour lesquelles vous êtes assuré et définit les montants des prestations pour chaque garantie.

Titre 2 – Les dispositions relatives à l’affiliation du contrat

2.1. Conditions et formalités d’affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du souscripteur (selon les catégories visées au contrat) dont le contrat de travail est en vigueur, y compris les salariés en arrêt de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, indemnisés ou non par la Sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d’un maintien des garanties ;
- les anciens salariés du souscripteur (selon les catégories visées au contrat) bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d’effet du contrat jusqu’à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d’affiliation

Si les données nécessaires à l’affiliation et à l’enregistrement des garanties n’entrent pas dans le périmètre de la DSN ou ne sont pas traitées par l’organisme assureur via la DSN, le souscripteur doit compléter une liste nominative du personnel.

Le souscripteur doit retourner cette liste nominative dans les trente (30) jours qui suivent la date d’affiliation demandée.

2.2. Prise d’effet de l’affiliation

L’affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception de la liste nominative du personnel dûment complétée dans les délais prévus à l’article 2.1.2. « Formalités d’affiliation ».

2.2.1. À la souscription du contrat

L’affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours du contrat

L’affiliation des personnes assurables prend effet à la date d’entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion...).

2.3. Cessation de l’affiliation

L’affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivants :

- À la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l’article 4.1 « en cas de suspension du contrat de travail » ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu’en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l’article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail » ;
- à la date d’effet de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d’assurance vieillesse d’un régime obligatoire quel qu’en soit le motif, sauf cumul emploi retraite ;
- à la date à laquelle l’assuré cesse d’appartenir à la catégorie assurée ;
- à la date de résiliation du contrat quel qu’en soit le motif ;
- à la date du décès de l’assuré.

Titre 3 – Les dispositions relatives aux garanties

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré et en cas d'incapacité, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent en annexe de la présente notice d'information. Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7.2. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à la date d'effet de son affiliation.

3.2.2. Suspension et Cessation des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas prévus à l'article 4.1 « En cas de suspension du contrat de travail ».

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans les trois mois suivant la reprise de travail. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 4.1.2. et 4.2, ainsi qu'au titre 5, les garanties cessent :

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

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail - invalidité, incapacité permanente professionnelle et/ou décès, les assurés dont les garanties sont maintenues au titre de la portabilité, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail – invalidité, incapacité permanente professionnelle, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date du sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités.

Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

3.4. Garanties décès et Invalidité Absolue et Définitive

3.4.1. Garantie capital décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), conformément au présent article, en cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, un capital dont le montant est indiqué en annexe de la présente notice d'information.

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

En l'absence de désignation particulière de bénéficiaire faite par l'assuré (ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires), les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'Organisme assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut aux enfants vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Toutefois, l'assuré peut, par une désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé que l'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion directement ou via son employeur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

Cas Particuliers

- Au cas où le bénéficiaire de 1^{er} rang désigné est un organisme prêteur, le capital décès, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires désignés de 2nd rang.
- En cas de décès de l'assuré et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le salarié est présumé avoir survécu le dernier,
- En cas de décès de l'assuré intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital est versé, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :
 - aux autres bénéficiaires désignés,
 - ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.

3.4.2. Garantie Invalidité Absolue et Définitive toutes causes

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) toutes causes de l'assuré, celui-ci peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital décès garanti prévu au contrat et rappelé en annexe de la présente notice d'information.

Est considéré comme étant en Invalidité Absolue et Définitive, l'assuré reconnu par la Sécurité sociale en invalidité de 3^e catégorie ou classé par la Sécurité sociale en incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80%.

Le versement en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie capital décès sur la tête du salarié. Il est précisé que le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

3.4.3. Capital pour orphelin

Le décès du conjoint ou concubin ou de son partenaire de Pacs postérieur ou simultané à celui de l'assuré, et alors qu'il reste des enfants à charge, tel que défini au Lexique, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du conjoint au sens du contrat qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'assuré, ou survenant au cours du même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- postérieur, le décès du conjoint au sens du contrat qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré.

Bénéficiaire de la prestation répartie par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des enfants à charge du Lexique au jour du décès de l'assuré et qui sont à la charge du conjoint au sens du contrat au jour de son décès selon les mêmes critères.

L'Invalidité Absolue et Définitive définie à l'article 3.4.2, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation « capital pour orphelin ». Le versement en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Le décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive du conjoint survenant postérieurement à la résiliation du contrat d'assurance n'ouvre pas droit à garantie.

3.4.4. Garantie rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont l'Organisme assureur retenu est membre.

L'organisme assureur retenu a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des assurés, des bénéficiaires et des ayants droit.

La garantie a pour objet de verser, à chaque enfant à charge tel que défini au Lexique, une rente d'éducation, en cas de décès ou par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré telle que définie à l'article 3.4.2.

Le montant de la rente variant en fonction de l'âge de l'enfant à charge (rente « progressive par palier ») est mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Un palier court du lendemain de la date du décès de l'assuré, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite en annexe de la présente notice d'information.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés tels que définis au Lexique. Les rentes sont versées aux enfants à charge ou à leur représentant légal, trimestriellement d'avance.

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Les rentes sont dues au lendemain du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) de l'assuré et cessent au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'enfant ne réunit plus les conditions d'âge et/ou cesse d'être considéré à charge au sens du contrat et en tout état de cause au décès de l'enfant.

Le versement par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie « Rente d'éducation » au titre du décès de l'assuré.

3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle

Définition des garanties

Les garanties en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle ont pour objet d'indemniser les assurés, contraints par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical ».

3.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

Tout assuré cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, dans les conditions susvisées et dont le montant est mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Elles peuvent compléter le salaire partiel que le souscripteur maintient dans le cadre de la convention collective.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période l'assuré perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les modalités de calcul de l'Indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie ; le montant de cette indemnité complémentaire ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

- Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées au souscripteur et deviennent un élément de salaire, l'organisme assureur étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'assuré.
- Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné aux conditions particulières est versé directement à l'assuré et fera l'objet des Prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise discontinue, telle que mentionnée en annexe de la présente notice d'information, correspondant au cumul d'un nombre de jours d'arrêt de travail (indemnisés ou non par l'Organisme assureur) survenus au cours des douze (12) mois consécutifs précédant le premier jour du dernier arrêt déclaré.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail supérieur à 3 jours continus et entrant dans le cadre de l'appréciation de l'indemnisation définie ci-dessus, fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt sous déduction d'une indemnité de Sécurité sociale reconstituée de manière théorique mais non compensée (pour les 3 premiers jours).

Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées dans la limite fixée à l'article 3.7.5. « Règle de cumul ».

Rechute

Si l'assuré reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'organisme assureur et doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale et dès lors que la rechute est constatée par la Sécurité sociale ou qu'elle correspond à une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3°, 4° et L 160-15 du Code de la Sécurité sociale), le versement des indemnités journalières reprend sans application de la franchise sous réserve que les prestations de la Sécurité sociale soient versées.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est celle retenue pour le calcul des prestations.

Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre 8 « Pièces justificatives » et elles cessent :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension ;
- le jour de sa reprise du travail sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique ;
- en tout état de cause au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date de la reconnaissance de son invalidité ou de son incapacité permanente professionnelle ;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure ;
- et en tout état de cause à compter de la liquidation d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'assuré est en cumul emploi-retraite ;
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

3.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle

Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout assuré, considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - Invalidité de 2^e catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - Invalidité de 3^e catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé soit au moins égal à 33%.
L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente professionnelle, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^e catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^e catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions

prévues au contrat. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le montant de la rente d'invalidité est fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale et est mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Païement et durée des prestations

Les rentes complémentaires d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle sont versées à l'assuré mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle cessent :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- au jour de la reprise du travail à temps complet, ou temps partiel (sauf si préconisée pour raison thérapeutique) ;
- lorsque le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur aux taux prévus en annexe de la présente notice d'information ouvrant droit à garantie ;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure ;
- à compter de la date d'attribution d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire ;
- en tout état de cause au décès de l'assuré.

3.6. Exclusions

Sont exclus des garanties décès, Invalidité Absolue et Définitive, capital pour orphelin, rente d'éducation, incapacité temporaire de travail–invalidité et incapacité permanente professionnelle, les sinistres résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels volontaires provoqués par l'assuré (hors suicide) ;
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;
- d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères.

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

3.7. Prestations

3.7.1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire brut ayant servi d'assiette aux cotisations prévoyance au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance,

Dans le cas où la période de référence est inférieure à la durée définie au paragraphe ci-dessus, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Si la période de référence est inférieure à un mois, le salaire de référence est celui prévu au contrat de travail.

Toutefois, pour les assurés dont le contrat de travail est toujours en cours, en temps partiel pour raison thérapeutique ou en invalidité faisant l'objet d'une reprise de passif et bénéficiant antérieurement d'un contrat de prévoyance, le salaire de référence des garanties Incapacité Temporaire de Travail est constituée par la

seule fraction de rémunération perçue réellement au cours des douze mois civils ayant précédé le nouvel arrêt de travail dont la cause est sans rapport avec la maladie ou l'Accident à l'origine de la situation.

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul du salaire de référence sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues à l'article 3.7.7.

Pour la garantie Incapacité Temporaire de Travail, le salaire de référence servant au calcul des prestations est divisé par 365.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues dans chacune des garanties. Les prestations 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 cours de versement des prestations, l'organisme assureur peut demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

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

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'Organisme assureur correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout évènement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'organisme assureur (notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

3.7.4. Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

L'organisme assureur se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'organisme assureur notifie par lettre recommandée à l'assuré les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'assuré notifie par lettre recommandée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de l'organisme assureur (cachet de la poste faisant foi) :

- soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'assuré peut mentionner dans son courrier le nom du médecin qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle,
 - l'assuré, ou le cas échéant, le médecin de l'assuré et celui choisi par l'organisme assureur, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'organisme assureur et l'assuré.Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3.7.5. Règle de cumul

Au titre des garanties en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité et incapacité permanente professionnelle, les prestations versées par l'organisme assureur ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'assuré.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

De ce fait, le cumul des prestations servies au titre des garanties précitées :

- par l'organisme assureur ;
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne) ;
- par tout autre organisme ;
- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire ;
- ainsi que les éventuels salaires versés par le souscripteur ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée ;

ne peut excéder le salaire net de l'assuré déterminé à la date de l'arrêt de travail (et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat). Le cas échéant, les prestations versées par l'organisme assureur sont réduites à due concurrence. Le montant du salaire net doit être communiqué à l'organisme assureur en même temps que la déclaration d'arrêt de travail.

Dans le cadre de cette règle de cumul, les éléments précités à l'exception des indemnités journalières de la sécurité sociale, sont retenus pour leur montant net quel que soit le destinataire du paiement.

Lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6. Revalorisation

Revalorisation des prestations décès

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances (*) est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations suivant les modalités prévues ci-après.

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'organisme assureur des pièces justificatives il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'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.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

(*) article également applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.

Revalorisation des prestations en cours de service

Sont revalorisables les prestations en cours de service : rente éducation, indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

Les prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées le 1^{er} juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO. Ces revalorisations ne s'appliquent qu'aux arrêts de travail de plus de six mois continus.

La revalorisation des rentes éducation s'effectue en tenant compte du taux décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP de façon annuelle.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

Revalorisation de la base des prestations en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence des garanties capitaux décès est revalorisé, en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre :

- la date du décès ou la date de l'exigibilité du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive ;
- et
- la date d'arrêt de travail.

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

3.7.7. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Pour les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière, l'organisme assureur verse les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G – C.R.D.S.- Impôt à la source...) éventuellement applicables dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

3.8. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, la Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la sécurité sociale.

Titre 4 – Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée

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

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur ;
- ou à une indemnisation complémentaire en vertu du contrat (indemnités journalières ou rente d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle) ;
- ou lorsque la suspension du contrat de travail est due dans tous les cas à un arrêt pour maladie, accident ou maternité ;
- ou à l'exercice du droit de grève ;

les garanties définies au contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée, et ce, moyennant paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunéré » :

- pour tout congé non rémunéré quelle que soit sa durée, le salarié bénéficie du maintien de toutes les garanties du contrat en contrepartie des cotisations à régler par l'employeur dans les mêmes conditions que pour les salariés actifs relevant de la même catégorie, et ce pendant le premier mois de suspension ;

et

- pour tout congé non rémunéré de plus d'un mois, les garanties sont suspendues à compter du deuxième mois, et le salarié peut demander, à compter de cette date, le maintien des seules garanties décès en contrepartie du paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Les cotisations sont dues dans les conditions prévues au contrat.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à un licenciement pour faute lourde, l'assuré bénéficie à titre gratuit du maintien des garanties.

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans les plus brefs délais.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage ;

et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ;

ou le cas échéant,

- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois. Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié ;
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ;
- résiliation du contrat.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au contrat, étant précisé que la période prise en compte 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).

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du contrat. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré 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.

En tout état de cause, les droits garantis par le présent contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties. En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié dans les conditions visées à l'article 3.3. « Modifications des garanties en cours de contrat ».

Ce maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation à acquitter.

Titre 5 – Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-dessous. Le souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

5.1. Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Évin ») :

Les assurés concernés peuvent demander à continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

5.2. Prestations en cours de service :

Les prestations incapacité temporaire de travail - invalidité – incapacité permanente professionnelle, rente d'éducation en cours de service continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

5.3. Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Évin ») :

Les garanties décès (à l'exception des garanties liées au décès ou l'IAD d'une autre personne que l'assuré : capital pour orphelin) sont maintenues aux assurés se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle. Ce maintien cesse dès que ces prestations cessent elles-mêmes.

5.4. Revalorisations en cas de résiliation

Les revalorisations cessent au niveau atteint à la date de résiliation du contrat. En conséquence, les prestations continuent d'être versées sans tenir compte des évolutions ultérieures de l'unité de référence.

Le principe précité pourra être modifié en fonction des évolutions législatives ou réglementaires.

5.5. Obligations du souscripteur du fait de la résiliation

En cas de changement d'organisme assureur, il incombe au souscripteur de s'assurer que le nouvel organisme assureur :

- continuera de revaloriser les prestations d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ainsi que les rentes d'éducation en cours de service ;
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès ;
- continuera d'assurer le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la portabilité pour la période de droits restant à couvrir.

Il incombe également au souscripteur, quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, d'informer l'ensemble des assurés de la cessation des garanties.

Titre 6 – Les cotisations

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le souscripteur verse à l'organisme assureur. Elle correspond au salaire brut annuel de l'assuré dans la limite des tranches de salaire A, B et C.

Pour le personnel non cadre la base de calcul des cotisations est limitée à la tranche B.

Pour les assurés en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

6.2. Modalités de paiement

Le souscripteur est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'assuré, à l'exception des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Titre 7 – Références légales

7.1. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre ;
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

7.2. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (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.

Lorsque le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'organisme assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire.

La prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

Elle est portée à dix (10) ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, si le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil ;
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 du Code civil ;
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 du Code civil.

La prescription est également interrompue 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 avis de réception soit que l'organisme assureur adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3. Recours contre tiers responsable

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités

journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'organisme assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants-droit doivent en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

7.4. Réclamation – médiation

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

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

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

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

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

7.5. Juridiction compétente

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.6. Protection des données à caractère personnel

7.6. Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, membre de AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

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

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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

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

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

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

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

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

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils disposent de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le participant et ses bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

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

7.7. Autorité de contrôle

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

Titre 8 – Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORPHELIN	RENTED'ÉDUCATION	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE – INCAPACITÉ
<u>Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur</u> et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »).	X	X		X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X	X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X				X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à 80%		X				X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l'assuré sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X			X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X			X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant					X	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DÉCÈS TOUTES CAUSES	IA D TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORFÈVRE	RENTES ÉDUCATION	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE – INCAPACITÉ
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X		X	X
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 					X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt					X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite					X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente professionnelle au moins égal à 33%.						X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale						X
RIB des bénéficiaires	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X			

Annexe 1 : Garanties

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence sauf mention différente (*)
GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS	
CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES Versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s), en cas de décès de l'assuré, quelle que soit sa situation de famille, égal à :	220 %
INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (I.A.D) TOUTES CAUSES Versement d'un capital à l'assuré en cas d'IAD ⁽¹⁾ , par anticipation sur sa demande égal à : Le versement en cas d'I.A.D à l'assuré met fin à la garantie capital décès toutes causes.	100% du capital décès toutes causes, prévu ci-dessus
CAPITAL POUR ORPHELIN Versement d'un capital en cas de décès du conjoint ⁽¹⁾ ou par anticipation d'Invalidité absolue et définitive ⁽¹⁾ du conjoint, survenant simultanément ou postérieurement au décès de l'assuré, d'un capital (réparti par parts égales entre eux) aux enfants initialement à charge du salarié ⁽¹⁾ et demeurés jusqu'à cette date à charge du conjoint, égal à : Le versement en cas d'I.A.D du conjoint ⁽¹⁾ met fin à la garantie capital pour orphelin.	100% du capital décès toutes causes, prévu ci-dessus
GARANTIE RENTE ÉDUCATION OCIRP	
Versement en cas de décès ou par anticipation d'Invalidité absolue et définitive ⁽¹⁾ de l'assuré, d'une rente temporaire d'éducation OCIRP à chaque enfant à charge ⁽¹⁾ , d'un montant annuel égal à : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'au 12^e anniversaire : • du 12^e au 19^e anniversaire : • du 19^e au 26^e anniversaire (sous conditions selon les dispositions prévues à la notice d'information) : La rente est versée à titre viager pour les enfants à charge reconnus handicapés avant leur 26 ^e anniversaire. Le versement en cas d'I.A.D à l'assuré met fin à la garantie rente éducation.	8 % 10 % 12 %
GARANTIE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
Versement en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré pris en charge par la Sécurité sociale d'indemnités journalières complémentaires à l'issue d'une franchise correspondant à :	90 jours continus ou discontinus d'arrêts de travail ⁽²⁾
Montant des indemnités journalières complémentaires :	80 % ^{(3) (4)}
GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	
Versement en cas d'invalidité de l'assuré prise en charge par la Sécurité sociale, d'une rente complémentaire en cas de reconnaissance dans l'une des situations suivantes, dont le montant annuel est défini ci-contre :	
<ul style="list-style-type: none"> • Rente d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 % 	80 % ^{(3) (4)}
<ul style="list-style-type: none"> • Rente d'invalidité de 1^{ère} catégorie 	48 % ^{(3) (4)}
<ul style="list-style-type: none"> • Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % (inclus) et 66 % 	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2 ^e catégorie est affecté du coefficient 3N/2 (N : taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale) ⁽⁴⁾

(*) Le salaire de référence est défini dans la notice d'information ; il est pris en compte dans la limite des tranches suivantes de salaires :

TA / TB pour les non cadres et TA / TB / TC pour les cadres.

(1) Tels que définis dans la notice d'information.

(2) La franchise est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts intervenus (indemnisés ou non par l'organisme assureur) au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail supérieur à 3 jours continus et entrant dans le cadre de l'appréciation de l'indemnisation définie ci-dessus, fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt sous déduction d'une indemnité de Sécurité sociale reconstituée de manière théorique mais non compensée (pour les 3 premiers jours).

(3) y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux (CSG et de CRDS...) de la Sécurité sociale.

(4) dans la limite de la règle de cumul (limitation au net) visée dans la notice d'information.

Annexe 2 : Attestation de réception

Important

Attestation de réception à découper et à remettre à votre employeur

Attestation de réception

à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information relative au régime de prévoyance « Accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et de réinsertion pour les adultes (CHRS) – Régime conventionnel » auquel il a adhéré auprès d'AG2R Prévoyance en application de la convention collective de notre profession.

À..... le.....

Signature :

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

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

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

La Foire aux Questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

Nouveauté : Faites-vous rappeler !

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

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

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

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

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

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

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

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

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social