



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance

Convention Collective Nationale des Espaces de loisirs,
d'attractions et culturels (hors filière spectacle)

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2022

Personnel cadre
Surcomplémentaire Option 1

Sommaire

Présentation.....	3
Garanties prévoyance.....	4
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	4
Arrêt de travail.....	5
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	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
Principe indemnitaire.....	12
Exclusions.....	12
Justificatifs à fournir.....	12
Dispositions générales.....	14
Début des garanties.....	14
Cessation des garanties.....	14
Suspension des garanties.....	14
Maintien des garanties.....	14
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, personnes & enfants à charge.....	17
Salaire de référence.....	18
Paiement des prestations.....	18
Revalorisation.....	19
Contrôle médical.....	19
Litiges médicaux.....	20
Prescription.....	20
Recours contre les tiers responsables.....	21
Fausse déclaration.....	21
Territorialité.....	21
Réclamations - Médiation.....	21
Échanges dématérialisés.....	21
Autorité de contrôle.....	23
Mes services.....	24
Découvrez notre application mobile « service client ».....	24
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	25

Présentation

L'entreprise adhérente qui relève du champ d'application de la **Convention Collective Nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels (hors filière spectacle)** (Brochure n° 3275 - IDCC n° 1790), a mis en place un régime de prévoyance surcomplémentaire obligatoire, au profit de :

- l'ensemble du personnel relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, dit « **cadre et assimilé** » ⁽¹⁾.

(1) Ne sont pas concernés les salariés dits « intermittents du spectacle », c'est-à-dire les artistes et techniciens du Spectacle employés en contrat à durée déterminée relevant ou ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de de l'ANI relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, couverts dans les termes prévus par l'Accord collectif national interbranches étendu du 20 décembre 2006.

Ce **régime surcomplémentaire obligatoire « Option 1 »** prévoit les garanties :

- décès ;
- arrêt de travail.

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

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 perte totale et irréversible d'autonomie

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès toutes causes (en fonction de la situation familiale à la date du décès du participant)	
En cas de décès de tout participant	250 % du SR T1
Majoration par personne à charge du participant (dès la 1 ^{ère} personne à charge)	25 % du SR T1
Majoration du capital décès en cas d'accident	
Capital supplémentaire en cas de décès de tout participant	350 % du SR T1
Majoration par personne à charge du participant (dès la 1 ^{ère} personne à charge)	50 % du SR T1
Perte totale et irréversible d'autonomie	
Versement par anticipation	100 % du capital décès ⁽¹⁾
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS	

SR = Salaire de référence.

T1 = Tranche 1 du salaire de référence.

(1) Y compris les majorations éventuelles pour personne à charge, et y compris la majoration du capital pour accident, lorsque la perte totale et irréversible d'autonomie a pour origine un accident.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
À compter du 91 ^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ⁽²⁾ , pour le participant justifiant de l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire de l'employeur	8 % de la 365 ^e partie du SR T1
À compter du 31 ^e jour d'arrêt de travail continu pour le participant ne bénéficiant pas des droits au maintien de salaire de l'employeur en raison de son ancienneté	8 % de la 365 ^e partie du SR T1
Incapacité permanente : rente annuelle	
1 ^{re} catégorie	4,8 % du SR T1
2 ^e catégorie	8 % du SR T1
3 ^e catégorie	8 % du SR T1
Incapacité permanente : rente annuelle	
Taux d'incapacité compris entre 33 % et 65 % inclus	4,8 % du SR T1
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	8 % du SR T1

SR = Salaire de référence.

T1 = Tranche 1 du salaire de référence.

(1) En complément des prestations versées par la Sécurité sociale, et des prestations du régime de prévoyance obligatoire de base.

(2) Calculés sur les douze mois précédant l'arrêt de travail considéré lorsque le participant a épuisé ses droits au maintien de salaire de l'employeur (si à la date de l'arrêt de travail le participant a épuisé ses droits au maintien de salaire, il est fait application d'une franchise identique à celle retenue par la Sécurité sociale).

Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

Objet de la garantie

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie 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 :

- en priorité au conjoint du participant ou à défaut à son pacsé ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant dont la filiation avec ce dernier a été légalement établie, y compris adoptive ;
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et mère du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux grands-parents du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers du participant.

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 personne à charge est versée par parts égales entre celles-ci. S'il s'agit d'un enfant à charge, elle est versée directement à l'enfant dès sa majorité ; à son représentants légal es qualité durant sa minorité.

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

En cas de décès au cours d'un même événement du participant, de son conjoint, de son pacsé ou de personnes ouvrant droit à majoration pour le calcul du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle du participant à la veille de l'événement.

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

Situation de concubinage

Pour le versement du capital décès, cette situation n'est pas assimilée au mariage ; si le participant souhaite attribuer le capital à son concubin, il doit le désigner par son nom.

2/ Majoration du capital décès en cas d'accident

Accident

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. N'est pas considéré comme accidentel, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survenus à la suite d'une affection cardiaque ou d'une intervention chirurgicale.

Seul est pris en considération, le décès survenant **dans les 12 mois** suivant la date de l'accident et en étant la conséquence.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du participant par accident, à l'exclusion de l'accident du travail reconnu comme tel par la Sécurité sociale, il est versé au(x) bénéficiaire(s) **une majoration du capital décès.**

3/ Perte totale et irréversible d'autonomie du participant

Perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, le participant reconnu comme définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et ne peut réaliser seul les actes de la vie courante, sous réserve que la Sécurité sociale ait notifié un classement en invalidité 3^e catégorie (ou sur décision de l'organisme assureur pour les participants n'ouvrant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures effectué ou montant cotisé insuffisants) ou un taux d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles avec majoration pour tierce personne.

Lorsque le participant est en état de perte totale et irréversible d'autonomie, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour personne à charge, lui est versé par anticipation sur sa demande.

Lorsque la perte totale et irréversible d'autonomie a pour origine un accident, **la majoration du capital** pour accident est également versée au participant par anticipation sur sa demande.

Le versement en cas de perte totale et irréversible d'autonomie doit être demandé dans les 12 mois suivant la notification par la Sécurité sociale du classement du participant en invalidité 3^e catégorie (ou de l'organisme assureur selon le cas, dans la situation exposée ci-dessus) ou d'attribution du taux d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles avec majoration pour tierce personne.

Ce versement anticipé met fin à la garantie capital décès en cas de décès du participant.

Exclusions

Ne sont pas garanties les conséquences :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

En cas de décès d'origine accidentelle ne sont pas garanties les conséquences :

- résultant du fait intentionnel du participant ; provenant directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle ;
- de navigation aérienne survenus en dehors de lignes commerciales d'aile volante avec ou sans moteur, de deltaplane ou d'engins similaires, de parachutisme ;
- dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,50 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,25 milligramme par litre.

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Justificatifs à fournir

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

En cas de décès :

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

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- la preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe au participant ou à la personne qui en a la charge qui devra fournir la copie de la notification de la pension d'invalidé de 3^e 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'invalidé 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 la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- 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.

Si'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) ;
- 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.

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 ayant entraînée l'arrêt de travail pour maladie ou accident du participant et 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.

Pour le versement de la garantie, les droits au maintien de salaire retenus sont ceux en vigueur à la date d'effet du contrat d'adhésion.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les participants ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, des indemnités journalières complémentaires sont versées, sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

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 lorsque celle-ci est versée directement au participant.

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 : a rechute constatée par la Sécurité sociale ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L322-3, 3°, 4° et L 324-1 du Code de la Sécurité sociale) est considérée comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat. Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

Reprise d'activité : en cas de reprise partielle d'activité, si le participant continue à bénéficier d'indemnités journalières de la part de la Sécurité sociale, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée en application du principe indemnitaire détaillé ci-après. Le participant ou l'adhérent doit sans délai informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. A défaut, le participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

Durée de l'indemnisation : le versement des indemnités journalières complémentaires est suspendu quand la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

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

- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical visé ci-après ;
- à l'attribution par la Sécurité sociale (ou sur décision de l'organisme assureur pour les participants ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée

- d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant) d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente ;
- 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) ;
- en cas de cessation des prestations de la Sécurité sociale (ou sur décision de l'organisme assureur pour les participants ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant) ;
- à la date de décès du participant.

2/ Invalidité permanente

Invalidité permanente

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

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

Le 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.**

Les participants en arrêt de travail n'ayant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale en raison d'une durée insuffisante d'activité salariée ou d'un montant insuffisant de cotisations réglées, peuvent bénéficier de la présente garantie, sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

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 lorsque celle-ci est versée directement au participant.

La rente complémentaire est versée directement au participant, mensuellement à terme échu. En cas de décès, elle est versée avec paiement prorata temporis.

Reprise d'activité : en cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le participant continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'une rente d'invalidité, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée en application du principe indemnitaire détaillé ci-après. Le participant ou l'adhérent doit sans délai informer l'organisme assureur de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. A défaut, le participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées et, dans le cas où il est animé d'une intention frauduleuse, il est déchu de ses droits.

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

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

- décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical visé ci-après ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de la pension vieillesse pour inaptitude au travail ;
- en cas de cessation du versement de la pension d'invalidité ou la rente de d'incapacité permanente de la Sécurité sociale (ou sur décision de l'organisme assureur pour les participants ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant) ;
- à la date de décès du participant.

3/ Incapacité permanente

Le participant reconnu, par le régime de base de la Sécurité sociale, en état d'incapacité permanente 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 complémentaire est versée dans les conditions et limites prévues pour la garantie invalidité permanente complémentaire.

Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées au participant ne devra pas, en s'ajoutant à tout revenu (prestations brutes de la Sécurité sociale (*), salaire versé par l'employeur pour une activité à temps complet ou à temps partiel) et tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre au participant de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler (on entend par rémunération nette, la rémunération brute diminuée de la part salariale des cotisations légales, conventionnelles, contractuelles, et de prélèvements sociaux).

(*) Reconstituées de manière théorique pour les participants ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement à l'ouverture des droits ou ultérieurement, en cas de reprise notamment d'une activité professionnelle, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire de travail, les prestations sont réglées par l'organisme assureur à l'adhérent tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser au participant après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient à l'adhérent de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

Exclusions

Ne sont pas garanties les conséquences :

- de participations aux guerres civiles et étrangères, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le participant y prend une part active ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;
- les conséquences d'émeutes ou mouvements populaires à caractère violent, dans lesquels le participant a pris une part active (sauf cas de légitime défense, d'aide à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- les conséquences d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels le participant est impliqué en qualité d'auteur ou de complice ;
- les conséquences d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les conséquences d'arrêt de travail ou d'interruption de travail n'ayant pas pour cause une maladie ou un accident du participant (congés pour garde d'enfants malades, congés d'isolement ...), même si ces arrêts donnent lieu à prise en charge par la Sécurité sociale.

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Justificatifs à fournir

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

Dans tous les cas :

- relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du destinataire de la prestation (employeur ou participant) ;
- déclaration de l'employeur mentionnant le montant des rémunérations ayant donné lieu à cotisations au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;

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

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

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

- transmet les copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui - ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale (pour les participants autres que ceux relevant de la MSA) ;
- transmet les bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;
- transmet copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation ;
- apporte la preuve à l'organisme assureur, que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation lui a bien été remis par le participant dans le délai prévu à l'article R. 321. 2 du code de la Sécurité sociale, le cachet de la poste sur l'enveloppe d'envoi ou l'attestation écrite de l'employeur faisant foi ;
- en cas de prolongation, le participant doit apporter la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant ;
- le cas échéant, l'attestation sur l'honneur rempli par l'employeur précisant le motif de l'arrêt de travail justifiant la demande de prestations.

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

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

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

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

Dispositions générales

Début des garanties

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

Cessation des garanties

Sauf en cas de maintien des garanties prévu ci-après, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant, 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 rupture du contrat de travail du participant ;
- au décès du participant ;
- et en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat, consécutive notamment au changement du secteur d'activité de l'employeur.

Cessation des garanties

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

Suspension des garanties

Sauf en cas de maintien des garanties prévu ci-après, les garanties sont suspendues de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le 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 du participant et les sinistres (décès ou arrêts de travail) survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime de prévoyance.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu au versement, au bénéfice du participant :

- d'un maintien total ou partiel de salaire par l'adhérent ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent 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 cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, des prestations de la Sécurité sociale et/ou complémentaires en application du contrat d'adhésion,

les garanties du présent régime de prévoyance sont maintenues, au bénéfice du participant, pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée moyennant paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux participants actifs (part patronale et salariale), sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue ci-après.

Maintien des garanties décès au participant en arrêt de travail

En tout état de cause, les garanties décès sont maintenues, moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévu ci-après) au participant en arrêt de travail qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité Sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) pour incapacité ou invalidité – incapacité permanente.

Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du présent régime (tant patronale que salariale) pour le participant en arrêt de travail dès lors qu'il est bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente et qu'il ne perçoit plus aucune rémunération de l'employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet du participant, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

À la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, les participants restent garantis dans les limites prévues par le contrat d'adhésion en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail, dès lors qu'ils bénéficient à ce titre des prestations du présent régime (ou que leurs droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail) au titre de l'incapacité ou de l'invalidité – incapacité permanente sans interruption depuis la rupture du contrat de travail.

Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'adhésion

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du contrat d'adhésion, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

L'organisme assureur garantit les prestations en cas de passage en invalidité ou incapacité permanente des participants indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail à la date de résiliation du contrat.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les garanties décès sont maintenues, durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité ou d'invalidité – incapacité permanente au participant (ou ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ou de portabilité).

Bénéficiaire de ce maintien, les seuls participants précités percevant des prestations complémentaires (indemnités journalières ou rentes d'invalidité / incapacité permanente) versées au titre d'un contrat collectif souscrit par l'employeur auprès de l'organisme assureur du présent régime de prévoyance ou d'un autre organisme assureur.

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).

Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions nécessaires pour bénéficier des droits à portabilité, et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'ancien salarié s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et de la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

Les prestations seront versées directement au participant, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Obligation de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail ;
- informer dans les plus brefs délais l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

Salaire de référence

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

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

Incapacité de travail

Les indemnités journalières complémentaires sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'ancien participant ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation-chômage due à l'ancien participant n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Paiement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives devront être adressées au centre de gestion. En outre, l'ancien participant devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

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

En cas cessation d'activité, de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire / liquidation judiciaire

Par exception, en cas de cessation d'activité, de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire / liquidation judiciaire d'une entreprise adhérente, l'organisme assureur s'engage à maintenir les droits à portabilité des participants dans les conditions précitées, y compris après résiliation du contrat, pour la période du maintien des droits restant à courir jusqu'au terme prévu.

Dispositions spécifiques aux salariés saisonniers ou au personnel à temps partiel annualisé

Pour le **personnel saisonnier**, les garanties décès sont maintenues durant l'intersaison, pendant une période de 12 mois maximum à compter de la date du début du contrat de travail.

Toutefois cette garantie est exclue en cas de décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, qui seraient dus à un accident de travail ou une maladie professionnelle, intervenant durant l'exercice d'une activité professionnelle ne relevant pas du champ d'application de la Convention collective des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels. Cette couverture cesse 12 mois après la date du début du contrat saisonnier et cesse d'être applicable dans l'hypothèse où l'événement ouvrant droit à prestation survient alors que le salarié est dans une entreprise ne relevant pas du champ d'application de la Convention collective des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Toutefois, dans le cas où le saisonnier bénéficie du dispositif de portabilité, ce maintien spécifique à l'intersaison s'entend pour la période restant à courir au-delà de la période de portabilité.

Pour **les salariés à temps partiel annualisé** et dans la mesure où leur contrat de travail ne contient pas de clause d'exclusivité de travail, les garanties Décès sont maintenues durant leur période d'inactivité dans l'entreprise à l'exclusion toutefois du décès ou de la perte totale irréversible d'autonomie qui seraient dus à un accident de travail ou une maladie professionnelle durant l'exercice d'une autre activité professionnelle.

Le maintien s'effectue sans paiement des cotisations correspondantes pour les périodes visées.

Garantie décès maintenue par un précédent organisme assureur

Quand le participant bénéficie du maintien de la garantie décès du précédent organisme assureur de l'entreprise, les prestations en cas de décès qui seraient dues par AG2R Prévoyance au titre du contrat de prévoyance sont déterminées sous déduction des prestations dues par ledit organisme. L'entreprise ou l'ayant droit doit fournir tout justificatif ou toute information demandée par AG2R Prévoyance.

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

Conjoint

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

Concubin

– La personne vivant au même domicile que le participant, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par le salarié, est né de cette union.

Partenaire de PACS

– La personne ayant conclu avec le participant par un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas rompu de fait à la date du sinistre.

Personnes à charge

Personnes à charge

– Sont considérées comme personnes à charge les enfants et ascendants à charge, tels que définis ci-après ainsi que toute autre personne à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir la personne pris en compte dans le calcul du quotient familial du participant ou bénéficiant d'une pension alimentaire que le participant déduit fiscalement de son revenu.

Ascendants à charge :

– Les parents ou grands-parents du participant, de son conjoint ou de son pacsé ne bénéficiant pas de ressources suffisantes pour entraîner le paiement d'impôts sur leurs propres revenus à condition :

- que le participant, son conjoint ou son pacsé ait été autorisé par l'administration fiscale à déduire de son revenu global le montant de la pension alimentaire qui leur est versée ;
- ou que les parents ou grands-parents du participant, de son conjoint ou de son pacsé, donnent droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial du participant.

Enfants à charge

– L'enfant âgé de moins de 26 ans du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, à charge du participant au sens de la législation fiscale, c'est à dire :

- l'enfant pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- l'enfant auquel le participant sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;

– l'enfant âgé de moins de 26 ans reconnu par le participant et à charge de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, au sens de la législation fiscale (selon la définition ci-dessus),

- l'enfant handicapé du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS si, avant son 21^e anniversaire, il est titulaire de la carte d'invalidé civil ou de mobilité inclusion portant la mention « invalidité » et bénéficie de l'allocation des adultes handicapés,
- quel que soit son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, l'enfant infirme à charge du participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS n'étant pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- l'enfant du participant né "viable" moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

Qualités

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

Salaire de référence

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel de référence dans la limites de la tranche de salaire ayant donné lieu à cotisation (Tranche A du salaire de référence, équivalent à la tranche 1 : partie du salaire annuel brut, limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale).

Le salaire de référence des prestations est le salaire annuel brut ayant servi d'assiette aux cotisations du présent régime de prévoyance au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations (arrêt de travail ou décès ou l'événement ayant donné lieu à la perte totale est irréversible d'autonomie).

Ce salaire comprend les primes, gratifications et rappels de salaire dus sur la période.

Au cas où le participant ne bénéficie pas d'une ancienneté de 12 mois à la date de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations, le salaire brut de référence est reconstitué sur une base annuelle en se référant à la période effective d'emploi précédant l'arrêt de travail, le décès ou l'événement ayant donné lieu à la perte totale et irréversible d'autonomie et en tenant compte de tous les éléments annuels de rémunérations (primes éventuelles incluses).

En ce qui concerne les participants en contrat à temps partiel annualisé :

- s'il y a lissage de la rémunération sur l'année, le salaire brut de référence prend en compte le cumul des rémunérations perçues au cours des 12 mois précédents l'événement ouvrant droit aux prestations ;
- s'il n'y a pas lissage de la rémunération sur l'année, le salaire de référence correspond à la rémunération contractuelle annualisée.

Pour les participants en suspension de contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties dans les conditions définies ci avant, la base de calcul des prestations intègre le montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'adhérent).

Paiement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Incapacité temporaire de travail

Tout accident ou maladie entraînant un arrêt de travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'incapacité temporaire de travail doit être :

- déclaré dans un délai de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise applicable, ou de la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale,
- et assorti de la production des pièces et justificatifs figurant dans la présente notice.

En cas de non-respect de ce délai, la date de début d'indemnisation du sinistre sera fixée au jour de la déclaration sous réserve de la réception de l'intégralité des pièces.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale :

- à l'adhérent tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu ;
- au participant dès la rupture de son contrat de travail.

Les rentes ou pensions complémentaires sont versées directement au participant, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale. Le premier et le dernier paiement pouvant ne représenter qu'un prorata de rente.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour le participant ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, les prestations sont versées sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

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.

Revalorisation

Revalorisation du salaire de référence

Pour le calcul des prestations incapacité temporaire, invalidité-incapacité permanente, capitaux décès, le salaire de référence peut, le cas échéant, être revalorisé entre la date de l'arrêt de travail et la date du point de départ des prestations ou la date du décès, et ce, sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de l'organisme assureur, déduction faite des charges d'intérêt technique.

| [En cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.](#)

Revalorisation des prestations en cours de versement

Les prestations périodiques en cours de versement (incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente, rentes éducation) sont revalorisées sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de l'organisme assureur, déduction faite des charges d'intérêt technique.

En cas de résiliation du contrat, les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

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

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

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.

Contrôle médical

L'organisme assureur peut, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

En tout état de cause, l'organisme assureur s'engage à informer l'adhérent du contrôle et du résultat de celui-ci.

La situation médicale du participant peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité de travail.

Pour les participants ne bénéficiant pas des prestations en espèces de la Sécurité sociale

Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle : la Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en termes de durée, ni en termes d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du contrat sont versées sans aucune particularité.

Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé : à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

- il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison ;
- dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur / ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant du participant, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur seront notifiées au participant à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires ;
- en cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant du participant ;
- dans tous les cas, le participant ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur/ ou conseil de l'organisme assureur, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, le participant devra accepter de recevoir le médecin à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun.

Sauf cas de force majeure, le participant qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

En tout état de cause, si le participant ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale du fait qu'il ne remplit pas les conditions de durée d'immatriculation, le règlement des prestations intervient le cas échéant par l'organisme assureur comme si cet organisme intervenait, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant de l'arrêt de travail acceptée comme telle par l'organisme assureur dans les conditions décrites ci-avant.

Litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil mandaté par l'organisme assureur et le médecin traitant du participant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du tribunal compétent statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'organisme assureur. Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et au participant, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le médecin arbitre confirmerait la décision prise à l'encontre de la situation du participant, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seront à la charge du participant.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré 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. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au participant ou à l'ayant droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par 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.

Fausse déclaration

La garantie accordée à l'assuré par l'organisme assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux participants exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Réclamations - Médiation

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

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

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

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

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

Échanges dématérialisés

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

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour l'employeur et le participant depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'employeur ou le participant (ou renseignée par l'employeur sur l'Espace Client le cas échéant) ;

– et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'employeur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

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

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

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

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

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

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

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

L'employeur et le participant peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué ci-dessus n'est pas adapté à la situation de l'employeur ou du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'organisme assureur sous format papier.

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

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant et leur rectification. Ils disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent enfin s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

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

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

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

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

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

Autorité de contrôle

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

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

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

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

La Foire aux Questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

Faites-vous rappeler !

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

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

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

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

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

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

Santé

Complémentaire santé
Surcomplémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

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

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social

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

CG ELAC / Janvier 2022 – Pôle Contrats Chartres