



AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Prévoyance

CCN de la Métallurgie [IDCC 3248]

Régime SOCLE

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2023

Personnel cadre

Sommaire

Présentation.....	4
Garanties prévoyance.....	5
Décès ou invalidité absolue et définitive	5
Arrêt de travail	6
Décès ou invalidité absolue et définitive	7
Objet de la garantie	7
Contenu de la garantie	7
Arrêt de travail.....	9
Objet de la garantie	9
Contenu de la garantie	9
Dispositions générales.....	12
Début des garanties	12
Cessation des garanties	12
Suspension des garanties	13
Maintien des garanties	13
Définitions de conjoint et enfants à charge	16
Salaire de référence	17
Paiement des prestations.....	18
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	18
Revalorisation.....	18
Fausse déclaration	19
Subrogation	20
Recours contre les tiers responsables	20
Réclamations - Médiation.....	20
Échanges dématérialisés	20
Autorité de contrôle	23
Mes services	24
Découvrez notre application mobile « service client »	24
Annexe 1 – Justificatifs à fournir	26
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers	28

Présentation

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale (visée en 1ère page) dont relève l'entreprise adhérente ont décidé de mettre en place un régime prévoyance obligatoire au profit de son personnel cadre. On entend par cadre, le 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, y compris les représentants de commerce relevant du statut légal des VRP défini par les articles L 7311-1 et suivants du Code du travail et les travailleurs à domicile définis par les articles L 7411- 1 du Code du travail.

Ce régime 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, comme assureur et gestionnaire du régime de prévoyance, ainsi qu'à l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale en tant qu'assureur de la garantie rente d'éducation. AG2R Prévoyance en tant que membre de l'OCIRP agit au nom et pour son compte dans la gestion des garanties qu'elle assure dans le cadre de ce régime.

La notice d'information est réalisée pour aider le salarié (dénommé « le participant » dans la présente notice) à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

Garanties prévoyance

Décès ou invalidité absolue et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Célibataire, veuf, divorcé	200 % du SR
Marié, pacsé, concubinage	255 % du SR
Invalidité absolue et définitive	
Versement par anticipation	100 % du capital décès
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge) ⁽¹⁾	
Jusqu'à 15 ans inclus	4 % du SR
Au-delà et jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire	6 % du SR
Au-delà et jusqu'au 26 ^{ème} anniversaire	8 % du SR
Les enfants du participant ou de son conjoint, handicapés ou reconnus invalides en 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou en incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % par la Sécurité sociale, avant leur 26 ^{ème} anniversaire, bénéficient d'une prolongation du versement de la rente éducation, au-delà de leur 26 ^{ème} anniversaire et sans limitation de durée, équivalente à 8 % du salaire de référence du participant décédé.	
En cas de décès successifs ou simultanés du participant et de son conjoint, le montant de la rente éducation visé ci-dessus est doublé. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.	
Allocation frais d'obsèques	
Décès du participant ⁽²⁾	100 % du PMSS

SR = Salaire de référence.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

(1) En toute hypothèse le salaire qui sera ainsi retenu devra être au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès

(2) L'allocation est servie à la personne ayant assumé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée, dans la limite des frais réels engagés.

Arrêt de travail

Nature des garanties

Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾

Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière

<ul style="list-style-type: none">• A l'issue de la 1^{ère} période de maintien de salaire de l'employeur telle que prévue à l'article 91.1.2.2 de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 07.02.2022 et jusqu'au 180^{ème} jour d'arrêt de travail• Au-delà du 180^{ème} jour d'arrêt de travail	<ul style="list-style-type: none">• 100 % de la 365^e partie du SR sous déduction de la rémunération éventuellement en application de ses obligations conventionnelles de maintien de salaire• 75 % de la 365^e partie du SR
<ul style="list-style-type: none">• À compter du 91^e jour pour le personnel n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application des dispositions ci-dessus d'arrêt de travail total et continu pour le personnel n'ayant pas d'ancienneté	<ul style="list-style-type: none">• 75 % de la 365^e partie du SR

Inaptitude au travail : indemnité journalière

Cas de l'inaptitude à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle

75 % de la 365^e partie du SR

Invalidité permanente : rente annuelle

1^{ère} catégorie

45 % du SR

2^e catégorie

75 % du SR

3^e catégorie

75 % du SR

Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle

Taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %

45 % du SR

Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %

75 % du SR

SR = Salaire de référence.

(1) Sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale.

Décès ou invalidité absolue et définitive

Objet de la garantie

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

Contenu de la garantie

1/ Capital décès

En cas de décès du participant, il est versé un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) librement par le participant. À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le participant notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint (à savoir à l'époux(se) non séparé(e) de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à défaut à la personne liée par le pacte civil de solidarité (PACS), à défaut au concubin) ;
- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux descendants du participant ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants directs du participant, et en cas de décès de l'un d'eux, aux survivants (par exemple en cas d'adoption simple) par parts égales entre eux ou à l'unique survivant, pour la totalité ;
- à défaut de tous les susnommés, aux autres héritiers (le capital est versé par parts égales entre les héritiers et non en proportion de leur vocation successorale).

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.

Pour la modification de la désignation des bénéficiaires, une nouvelle désignation devra être réalisée, celle-ci annulera la précédente (sauf acceptation du ou des bénéficiaires initialement désignés).

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. Si le participant mineur a effectué une désignation particulière de bénéficiaire, celle-ci ne peut pas être prise en compte par l'Institution.

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.

Lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre dans le cadre de la dévolution, décèdent dans un même événement, 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.**

2/ Invalidité absolue et définitive du participant

Invalidité absolue et définitive

Est considéré en état d'invalidité absolue et définitive, le participant reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100% suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Lorsque le participant est en état d'invalidité absolue et définitive, le capital prévu en cas de décès, est versé au participant par anticipation sur sa demande.

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

3/ Rente d'éducation OCIRP

En cas de décès du participant, il est versé annuellement une rente **temporaire** au profit de chaque enfant à charge. La prestation susvisée est versée en considération de l'âge de l'enfant au moment du décès du participant et est réajustée, par pallier successif, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge maximal de perception de la rente éducation, soit 25 ans révolus.

La prestation est versée sous réserve que l'enfant est à charge.

Sont qualifiés de décès successifs du participant et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

Païement des prestations

La rente est versée par trimestre civil et d'avance, à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant le décès. Le versement de la rente d'éducation cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant ne remplit plus les conditions d'attribution ou au jour de son décès.

Lorsque l'enfant est mineur, elle est versée au conjoint non déchu de ses droits parentaux ou, à défaut, au tuteur ou bien, avec l'accord de celui-ci, à la personne ayant la charge effective des enfants. Lorsque l'enfant est majeur, elle lui est versée directement.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

4/ Allocation frais d'obsèques

En cas de décès du participant, il est versé une allocation à la personne ayant réglé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

Le droit à garantie est subordonné à la qualité d'assuré et à l'existence effective du contrat à la date du décès.

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 entraîné l'arrêt de travail du participant constaté par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale en cas de maladie ou d'accident (d'ordre professionnel ou non).

En cas d'incapacité temporaire de travail du participant, il sera versé une indemnité journalière complémentaire dont le montant figure au tableau de garantie.

Principe indemnitaire

Seules les prestations versées par l'organisme assureur en application des garanties incapacité temporaire de travail, inaptitude au travail et invalidité/incapacité permanente professionnelle sont visées par le présent article.

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 partiel notamment (*)) 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 tels que CSG, CRDS, CASA ...).

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.

(*) il s'agit par exemple de la rémunération résiduelle versée par l'employeur pour les salariés bénéficiant d'un dispositif de temps partiel thérapeutique, au sens de l'article L. 323-3 du Code de la Sécurité sociale, ou d'un dispositif de travail léger, au sens de l'article L. 433-1 du code précité.

Les limites :

Les indemnités journalières complémentaires sont servies sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale et de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur.

Ainsi, en cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique ou dans le cadre d'un dispositif de travail léger, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites à due concurrence du montant du salaire perçu par l'intéressé pour la période.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Sécurité sociale de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), le versement des indemnités journalières complémentaires sera réduit ou suspendu.

Indemnisation :

Dans tous les cas, le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- en cas de cessation des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- en cas de reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle ;
- au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour les salariés en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- au décès du salarié.

Rechute :

La rechute constatée par la Sécurité sociale est considérée comme une rechute sous réserve que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation du présent d'adhésion.

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.

Règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières complémentaires doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs.

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

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

2/ Inaptitude au travail

En cas d'inaptitude au travail du participant déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale au participant bénéficiaire de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale susvisée.

Le versement de cette indemnité journalière complémentaire cesse dès que le versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale cesse.

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail du contrat d'adhésion.

Elle est servie selon les mêmes modalités, étant entendu que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue dans le calcul de la prestation, à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale d'incapacité temporaire de travail.

3/ Invalidité et incapacité permanente professionnelle

La garantie « Invalidité » a pour objet de faire bénéficier d'une rente complémentaire, les participants se trouvant en état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, reconnue par la Sécurité sociale.

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.

La garantie « incapacité permanente professionnelle » a pour objet de faire bénéficier d'une rente complémentaire, les participants se trouvant en état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, reconnue par la Sécurité sociale.

La prestation complémentaire est une rente d'invalidité dont le montant est repris dans le tableau de garantie est versé sous déduction de la rente d'invalidité brute de la Sécurité sociale et de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur.

Ainsi, en cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique ou dans le cadre d'un dispositif de travail léger, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites à due concurrence du montant du salaire perçu par l'intéressé pour la période.

Dans l'hypothèse où les rentes perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Sécurité sociale de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), le versement des rentes complémentaires sera réduit ou suspendu.

Dans tous les cas, le versement des prestations complémentaires cesse :

- en cas de cessation des prestations de la Sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en cas d'incapacité permanente professionnelle ;
- au décès du participant.

Les demandes de rentes complémentaires doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs.

Les rentes sont versées directement au participant, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

Dispositions générales

Les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Exclusions

Ne sont pas garanties, les conséquences :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- 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) ;
- d'attentats ou d'actes de terrorisme dans lesquels le participant est impliqué en qualité d'auteur ou de complice ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre du participant par le bénéficiaire pour les garanties en cas de décès ;
- ainsi que les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant, pour les garanties en cas d'arrêt de travail.

Dispositions concernant les garanties en cas d'accident / accident de la circulation :

De plus, sont exclus au titre de la garantie du décès accidentel, les accidents :

- 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'usage de substances illicites,
- 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,
- survenus alors que le participant n'était pas détenteur d'un permis de conduire valide, conformément aux dispositions du code de la route.

Début des garanties

- soit à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés sous contrat de travail à cette date ;
- soit à compter de sa date d'entrée chez l'adhérent, lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion ;
- soit à compter de sa date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée par cette présente notice.

Cessation des garanties

- 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 à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel assuré ;
- 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 d'adhésion.

Cessation des garanties

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

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés dans le paragraphe « Maintien des garanties ».

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 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 de l'intéressé et les invalidités absolues et définitives ainsi que les décès ou les arrêts de travail et les inaptitudes au travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge à ce titre.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail avec indemnisation

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations (calculées selon les mêmes règles applicables aux catégories de personnel dont relève l'assuré), au participant :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, invalidité/incapacité permanente professionnelle, inaptitude au travail qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou d'inaptitude au travail),
- dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'il bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

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

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, le maintien des garanties (hors garantie inaptitude au travail) est assuré, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat d'adhésion et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident ou de l'invalidité/ incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Pour le participant dont le contrat de travail est en vigueur, en arrêt de travail et indemnisé à ce titre par l'organisme assureur, le maintien des garanties souscrites par l'entreprise intervient sans contrepartie des cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation par l'organisme assureur. L'exonération de cotisations cesse dès le 1^{er} jour de reprise du travail par le participant, ou dès la cessation ou la suspension des prestations de l'organisme assureur.

Lorsque le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire de l'organisme assureur les cotisations patronales et salariales afférentes aux garanties du présent contrat restent dues sur la base du salaire réduit.

En outre, le maintien de garantie et l'exonération des cotisations cessent dès la survenance de l'un des évènements suivants :

- suspension ou cessation des prestations en espèces de la Sécurité sociale ou d'incapacité au travail pour les intéressés concernés ;
- date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du participant (*) ;
- décès du participant ;
- date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion.

() La cessation à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ne s'applique pas aux participants en situation de cumul-emploi retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.*

En cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation

Les garanties peuvent être maintenues au participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficie pas d'un maintien de salaire partiel ou total de l'employeur, ni d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Sont notamment visés les cas de suspension suivants : congé sabbatique, congé parental d'éducation total, congé sans solde, congé pour création d'entreprise.

Le maintien des garanties tel qu'évoqué ci-dessus s'applique également le cas échéant aux ayants droit du participant, moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Le maintien des garanties au profit du participant s'effectue selon les modalités suivantes :

- pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, les garanties sont maintenues sur cette période dès lors que la cotisation totale (part patronale et salariale) a été réglée pour le mois au cours duquel est intervenu la suspension (aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant) ;
- au-delà de la période ci-dessus, le participant peut demander à titre individuel et facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier des garanties en cas de décès pendant la durée du congé restant.

Dans ce cas, la cotisation totale (part patronale et salariale prévue pour le personnel en activité) est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur. La cotisation est payable trimestriellement à terme échu par l'entreprise.

Le maintien de l'assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues au contrat en cas de cessation des garanties.

L'employeur doit informer :

- le salarié par écrit des modalités susmentionnées de maintien de l'assurance lors de son départ en congé ou en cas d'absence ;
- l'organisme assureur des cas de suspension du contrat de travail visés au présent article.

En cas de suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties sont maintenues, au profit des participants dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière, moyennant le paiement des cotisations.

La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

L'assiette des cotisations et des prestations correspond à celle définie au contrat mais en prenant en compte la période de référence des 12 derniers mois civils précédant le mois du départ en période de réserve.

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

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

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

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

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

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

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

- dès que l'ancien participant ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien participant, ou
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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

Formalités de déclaration

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

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

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien participant en tant que demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'assurance chômage ;

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien participant (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties :

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

Salaire de référence

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

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

Incapacité de travail

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

Paiement des prestations

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

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

Portabilité en cas de liquidation judiciaire

En cas d'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire d'un adhérent, l'organisme assureur s'engage à maintenir les droits à portabilité des participants licenciés dans les conditions susvisées, et ce, tant que le contrat d'adhésion n'a pas été résilié.

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

La cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation ou un non-renouvellement.

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

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

- le capital décès ;
- les frais d'obsèques, en cas de décès du participant uniquement ;
- la rente d'éducation OCIRP.

Ne donnent pas lieu au maintien :

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

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

Garantie décès maintenue par un précédent organisme assureur

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

Définitions de conjoint et enfants à charge

Conjoint

On entend par conjoint :

- la personne mariée et non séparée de corps judiciairement ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil ;
- à défaut, le partenaire du participant lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple ou sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

Enfants à charge

On entend par enfants à charge, les enfants du participant et ceux de son conjoint (tel que défini ci-dessus), dont la filiation avec le participant et le conjoint a été légalement établie (y compris les enfants adoptés et recueillis) dans la mesure où ils répondent de façon cumulative aux 2 conditions suivantes :

d'une part :

- ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- ou sont âgés d'au moins 18 ans et jusqu'à 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être sous contrat d'apprentissage ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
 - être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi.

Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;

– ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés ;
d'autre part :

- ils vivent sous le même toit ;
- ou sont fiscalement à la charge du participant c'est-à-dire :

les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,

les enfants du participant auxquels celui-ci 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,

- ou sont fiscalement à la charge du conjoint du participant (tel que défini ci-avant).

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge dans les limites d'âges prévus ci-dessus :

- les enfants du participant qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent vivants et viables,
- les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (tel que défini ci-avant), du salarié décédé ou reconnu en invalidité absolue et définitive, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié (ou de l'invalidité absolue et définitive) et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Qualités

Les qualités de participant, conjoint et enfant à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

Hors OCIRP

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations et ainsi prises en compte dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, perçues par le participant au cours des 12 mois civils précédant l'évènement suivant :

- le décès pour les garanties capital décès, et rente d'éducation (sans préjudice dans ce dernier cas, de l'application des dispositions sur le salaire minimum à prendre en compte),
- l'invalidité absolue et définitive,
- l'arrêt de travail initial pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- la reconnaissance de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle,
- l'arrêt de travail initial pour la garantie inaptitude au travail.

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

Rentes OCIRP

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul de la prestation est défini ci-dessus ; en toute hypothèse le salaire qui sera ainsi retenu devra être au moins égal au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Païement des prestations

En cas d'arrêt de travail

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

Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance. Au-delà de ce délai de 6 mois, le versement des prestations ne prendra effet qu'à compter de la date d'envoi de la déclaration, sans indemnisation par l'organisme assureur au titre de la période antérieure à cette date d'envoi.

En cas de décès

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

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

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

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

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

En cours de vie du contrat, pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle, capitaux décès, le salaire de référence prévu au contrat, 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 de l'indice fixé annuellement par le Conseil d'administration d'AG2R Prévoyance.

En cours de vie du contrat, pour le calcul des prestations rente éducation, le salaire de référence prévu au contrat, peut, le cas échéant, être revalorisé entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès, et ce, sur la base de l'évolution de l'indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1er janvier de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice fixé par le Conseil d'administration d'AG2R Prévoyance.

En cours de vie du contrat, les prestations rentes éducation sont revalorisées au 1er janvier de chaque année sur la base de l'évolution de l'indice fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

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

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

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

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

Prescription

Toutes actions dérivant des présentes garanties sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'employeur, du participant, du bénéficiaire 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 l'employeur, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail et l'inaptitude au travail.

La prescription est portée 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 et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'organisme assureur à l'adhérent ou au participant, 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 la prestation.

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

– la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée ;

l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;

– une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

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

Fausse déclaration

La garantie accordée au participant 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.

Subrogation

En application de l'article L 931-11 du code de la Sécurité sociale, en cas de paiement des prestations complémentaires 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 que l'organisme assureur a supportées, conformément aux dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relative au recours contre tiers en assurances de personnes.

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.

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 nous joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :

– 09 72 67 22 22.

Si le litige persiste après la réponse donnée par AG2R LA MONDIALE, l'entreprise ou le participant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la protection sociale :

Les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale :

- par courrier : **10 rue Cambacérès 75008 Paris** ;
- par internet : à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/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 Malesherbes 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 l'organisme assureur :

- 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 aux clients au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

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

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

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

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 prescription.

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 de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'organisme assureur :

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

Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

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

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

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

A ce titre, l'entreprise et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'entreprise et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'entreprise ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur. En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat d'adhésion, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

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

Degré élevé de solidarité

Les dispositions de la Convention collective nationale de la Métallurgie du 07.02.2022, telle que modifiée en dernier lieu par l'avenant du 01.07.2022, prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité.

Le cadre des actions à mettre en œuvre est déterminé par les partenaires sociaux de la Branche professionnelle. Leur octroi est donc subordonné à ces décisions.

Leurs prises en charge s'effectuent dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Les taux de cotisations prévus au contrat d'adhésion intègrent le financement des actions relevant d'un degré élevé de solidarité et ce, à hauteur de 2 % des cotisations hors taxes (et hors assistance) finançant le régime sociale souscrit à titre obligatoire par l'entreprise au profit de ses participants.

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)

Annexe 1 – Justificatifs à fournir

- Demande d'indemnités journalières complétée, et signée le cas échéant par le représentant qualifié de l'employeur ;
- Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- En cas de temps partiel thérapeutique, les attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale ;
- En cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie ;
- 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 ;
- Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence ;
- Copie du certificat médical prescrivant l'arrêt initial ou sa prolongation, sur demande de l'Institution ;
- Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle complétée, et signée le cas échéant par le représentant qualifié de l'employeur ;
- Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale ;
- Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée ;
- Demande de capital Décès ou IAD complétée ;
- Acte de décès (bulletin de décès) ;
- Titre de pension d'invalidité de 3ème catégorie ou de rente d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % émis par Sécurité sociale ;
- Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt daté de moins de 3 mois avec mentions marginales ;
- Acte de naissance intégral avec mentions marginales de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit ;
- Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit ;
- Acte de naissance intégral avec mentions marginales de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier ;
- Copie du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire Pacs ;
- En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou d'alternance pour les enfants de plus de 16 ans ;
- Si enfants handicapés ou en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale, la carte d'invalidité civil ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ou notification de l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ;
- Justificatifs en cours de validité ou pièces d'identité attestant de la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations ;
- RIB au nom du participant en cas d'invalidité absolue et définitive ;
- Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage pour les assurés concernés ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du destinataire de la prestation (adhérent ou participant) ;
- Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins ;
- S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone) ;
- S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois ;
- Demande de remboursement des frais d'obsèques complétée ;
- Tout justificatif attestant du montant des frais en cause et de leur paiement ;
- Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire.

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

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

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

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

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social

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

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

CG dédiées / Octobre 2022 – Pôle Contrats Chartres