



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance



Notice d'information

Convention collective nationale du Négoce et des
Prestations de services dans les Domaines Médico-
Techniques (JO N°3286)

Personnel non cadre
Garanties au 1^{er} janvier 2024

Sommaire

Présentation	3
Vos garanties prévoyance	4
Arrêt de travail	4
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie	5
Arrêt de travail	6
Contenu de la garantie	6
Principe indemnitaire	8
Exclusions.....	8
Contrôle médical.....	8
Litiges médicaux	8
Justificatifs à fournir	9
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	10
Objet de la garantie	10
Contenu de la garantie	10
Exclusions.....	12
Justificatifs à fournir	13
Dispositions générales	14
Début des garanties.....	14
Cessation des garanties	14
Maintien des garanties	14
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge.....	17
Salaire de référence	18
Paiement des prestations	19
Revalorisation	19
Prescription	21
Renseignements - Réclamations - Médiation.....	21
Protection des données à caractère personnel.....	22
Fausse déclaration	24
Subrogation	24
Territorialité	24
Autorité de contrôle.....	24
Annexe 1 : Coordonnées des organismes assureurs	25
Annexe 2 : Echanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance	27

Présentation

Votre entreprise relevant de la Convention collective nationale du Négoce et des Prestations de services dans les Domaines Médico-Techniques (JO N°3286) a mis en place un régime de prévoyance obligatoire au profit :
– du personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, dit « **non cadre** » pour l'application des dispositions qui suivent.

Ce régime prévoit les garanties :

- arrêt de travail ;
- décès.

Les organismes assureurs intervenant sont :

- soit 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 ;
- soit MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 140, Avenue de la République - 92320 CHÂTILLON.

AG2R Prévoyance et MUTEX gèrent les garanties Rente éducation et Rente de conjoint assurées par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social se situe au : 17, rue de Marignan – 75008 Paris.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

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

Vos garanties prévoyance

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
En relais et complément du maintien de salaire à charge de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles, pour les salariés ayant l'ancienneté requise pour en bénéficier. À défaut (pour ceux n'ayant pas l'ancienneté requise) l'indemnisation intervient à compter du 31 ^e jour d'arrêt de travail continu	75 % de la 365 ^e partie du SR brut ⁽¹⁾
Invalidité permanente : rente annuelle	
1 ^{re} catégorie	45 % du SR net ⁽²⁾
2 ^e catégorie	75 % du SR net ⁽²⁾
3 ^e catégorie	75 % du SR net ⁽²⁾
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle	
Taux d'incapacité permanente de 33% à 65% inclus	45 % du SR net ⁽²⁾
Taux d'incapacité supérieur à 65 %	75 % du SR net ⁽²⁾

SR = Salaire de référence.

(1) Sous déduction des prestations versées par la Sécurité et le salaire de l'employeur le cas échéant.

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

Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

Nature des garanties		Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)		
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge		80 % du SR
Marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge		230 % du SR
Célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant à charge		280 % du SR
Marié, pacsé, en concubinage avec un enfant à charge		280 % du SR
Majoration par enfant à charge supplémentaire		50 % du SR
Perte totale et irréversible d'autonomie		
Versement par anticipation		100 % du capital décès ⁽¹⁾
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou du concubin		
Nouveau capital		100 % du capital décès ⁽¹⁾
Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)		
Jusqu'au 9 ^e anniversaire		6 % du SR
Du 9 ^e au 18 ^e anniversaire		9 % du SR
Du 18 ^e au 26 ^e anniversaire et au-delà pour les enfants invalides sous réserve d'être à charge		12 % du SR
Lorsque l'enfant à charge est orphelin des 2 parents, le montant de la rente dont il bénéficie est doublé		
Rente annuelle de conjoint OCIRP		
Rente viagère		5 % du SR
Allocation frais d'obsèques		
Décès du salarié, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin ou d'un enfant à charge ⁽²⁾		150 % du PMSS

SR = Salaire de référence.

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

(1) Y compris les majorations éventuelles pour enfant à charge.

(2) Cette allocation est versée sur présentation de la facture dûment acquittée des frais d'obsèques. Cette allocation est servie dans la limite des frais réellement engagés pour les enfants à charge de moins de 18 ans.

Arrêt de travail

Contenu de la garantie

1/ Incapacité temporaire de travail

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle constatée par une autorité médicale, ouvrant droit ou non (exclusivement dans ce dernier cas pour les salariés 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 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).

Objet de la garantie

La garantie incapacité temporaire a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle (absence médicalement constatée) à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré 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 en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale. La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Point de départ de l'indemnisation

Le paiement des indemnités journalières intervient en relais et complément du maintien de salaire à charge de l'employeur au titre de ses obligations légales ou conventionnelles, pour les salariés ayant l'ancienneté requise pour en bénéficier. À défaut, pour ceux n'ayant pas l'ancienneté requise, l'indemnisation intervient à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu.

Montant des prestations garanties

Le montant annuel des prestations est repris dans le tableau des garanties.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés 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, la prestation complémentaire est versée en déduisant les indemnités journalières, reconstituées de manière théorique, que la Sécurité sociale aurait versées si l'assuré avait satisfait aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément au « Principe indemnitaire ».

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, les organismes assureurs accordent des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées par le « Principe indemnitaire ».

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites ou suspendues (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie 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.

Terme de l'indemnisation

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

– au 1095^e jour d'arrêt de travail ;

- à la date 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 ;
- en cas de cessation des prestations de la Sécurité sociale (sur décision du médecin conseil de l'organisme assureur pour les salariés sans droits SS).

Rechute

La 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 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.

2/ Invalidité permanente / Incapacité permanente

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 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.

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Objet de la garantie

Ces garanties ont pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante ou de leur état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Le montant annuel des prestations est repris dans le tableau des garanties.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément au « Principe indemnitaire ».

Point de départ du service des prestations

Les pensions d'invalidité ou les rentes d'incapacité permanente sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

Terme de l'indemnisation

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

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

Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant à tout revenu (prestations 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 à l'assuré de disposer de ressources supérieures son salaire net d'activité qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini par le contrat d'adhésion ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il perçoit au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, 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, les prestations sont réglées par l'organisme assureur au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient au souscripteur 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

Pour les garanties « incapacité de travail temporaire » et « invalidité » et « incapacité permanente », sont exclus les sinistres résultants de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré.

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.

Il peut également, à tout moment, effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime 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'entreprise du contrôle et du résultat de celui-ci.

La situation médicale de l'assuré 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.

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 de l'assuré.

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 à l'assuré, 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 de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seront à la charge de l'assuré.

Justificatifs à fournir

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

- 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 ;
- copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence ;
- 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 ;
- attestation d'inscription au régime d'assurance chômage.

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 salarié.

Contenu de la garantie

1/ Capital décès

Le salarié peut désigner le(s) bénéficiaire(s) du capital, sachant que toute demande de modification de désignation doit être formulée par écrit à l'organisme assureur.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par **acte authentique** ou **acte sous seing privé** notifié à l'organisme assureur, préalablement au décès du salarié.

Une désignation de bénéficiaire particulière établie par un salarié mineur ne peut être prise en compte par l'organisme assureur.

À défaut de désignation expresse d'un ou plusieurs bénéficiaire(s) par le salarié notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif ou à défaut, au partenaire lié par un PACS ou au concubin ;

à défaut, le capital est versé par parts égales entre eux, aux héritiers selon l'ordre successoral suivant :

- aux enfants du salarié nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut aux ascendants à charge du salarié ;
- à défaut aux parents du salarié et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut aux héritiers du salarié, à proportion de leur part héréditaire.

Toutefois, quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable :

- la part de capital correspondant à la majoration pour enfants à charge est versée par parts égales entre ceux-ci, directement aux enfants dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité ;
- lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre, périssent dans un même événement, l'ordre des décès est établi par tous moyens. Si cet ordre ne peut être déterminé, la succession de chacune d'elles est dévolue sans que l'autre y soit appelée. Toutefois, si l'un des co-décédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre.

Un bénéficiaire a la possibilité d'accepter la désignation faite à son profit 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.

2/ Perte totale et irréversible d'autonomie du salarié

Est considéré en perte totale et irréversible d'autonomie l'assuré qui est 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 3ème catégorie 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 salarié est en état de perte totale et irréversible d'autonomie, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour enfant à charge, lui est versé par anticipation sur sa demande.

Le versement en cas de perte totale et irréversible d'autonomie doit être demandé dans les deux années suivant le classement par la Sécurité sociale et met fin à la garantie décès sur la tête du salarié.

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

Cette garantie a pour objet :

- le versement en cas de décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin de l'assuré survenant simultanément au décès de l'assuré, d'un capital aux enfants initialement à charge de l'assuré ;
- ou le versement en cas de décès du deuxième parent postérieurement au décès de l'assuré (et au plus tard dans les 12 mois suivant cet événement), d'un capital aux enfants initialement à charge de l'assuré à son décès et demeurés jusqu'à cette date à charge du deuxième parent.

Le montant du capital est repris dans le tableau des garanties.

Est considéré comme décès simultané à celui du salarié, le décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin survenant au cours du même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- ou lorsque le décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin survient dans un délai de 24 heures avant le décès du salarié.

4/ Rentes OCIRP

Rente d'éducation

Cette garantie a pour objet le versement en cas de décès de l'assuré, d'une rente temporaire d'éducation au profit des enfants à charge.

La rente dont le montant annuel varie en fonction de l'âge de l'enfant à charge selon les modalités définies dans le tableau des garanties.

La rente est doublée lorsque l'enfant est ou devient orphelin des deux parents.

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

La rente est versée trimestriellement et par avance, tant que l'enfant répond à la définition d'enfant à charge et dans les limites d'âge indiquées.

Elle cesse au jour duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause au décès de l'enfant.

La rente est versée directement à l'enfant dès sa majorité ou à son représentant légal es qualités durant sa minorité, et sur production de l'ensemble des pièces justificatives.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à la garantie Décès, le salarié peut demander le versement anticipé des rentes d'éducation.

Ce versement met fin à la garantie Rente d'éducation au titre du décès du salarié.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Les bénéficiaires des rentes 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.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Rente de conjoint

Cette garantie a pour objet le versement en cas de décès de l'assuré, d'une rente viagère au profit du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin survivant.

Le montant annuel de la rente est repris dans le tableau des garanties.

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès.

Elles sont versées trimestriellement et par avance sur production de l'ensemble des pièces justificatives.

La rente viagère cesse au décès du bénéficiaire.

Le bénéficiaire des rentes est tenu de notifier tout changement intervenant dans sa situation. Il doit également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

5/ Allocation frais d'obsèques

Cette garantie a pour objet le versement en cas de décès de l'assuré, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin ou d'un enfant à charge, d'une allocation à la personne ayant personnellement supporté les frais d'obsèques.

Le montant de l'allocation est repris dans le tableau des garanties.

Cette allocation est versée sur présentation de la facture dûment acquittée des frais d'obsèques.

Cette allocation est servie dans la limite des frais réellement engagés pour les enfants à charge de moins de 18 ans.

Exclusions

Pour les garanties Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie / Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, sont exclus les sinistres résultant :

- 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 l'assuré y prend une part active ;
- d'un accident de navigation aérienne : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne n'est garanti que si l'assuré décédé se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes : quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;
- d'un déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raison professionnelle, telle que publiée sur le site du ministère des Affaires étrangères français.

Sont exclus des garanties frais obsèques les sinistres résultant :

- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la pratique des sports aériens, à l'exclusion de tout vol à bord d'un avion ayant une finalité de déplacement dans un cadre privé ou professionnel et relevant du transport aérien, au sens de l'article L6400-1 du Code des transports et à condition que l'appareil soit muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence en cours de validité, ce pilote pouvant être l'assuré ;
- d'agressions commises par l'assuré, de luttes ou rixes auxquelles participe l'assuré sauf en cas de légitime défense, de l'utilisation d'engins explosifs par l'assuré dans un cadre non professionnel, d'attentats dès lors que l'assuré y participe ;
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur aux limites fixées par le Code de la route en vigueur au moment de l'accident, de l'utilisation de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ; de la pratique des sports automobiles, motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel.

Le conjoint, concubin, partenaire de Pacs et l'enfant à charge de l'assuré se voient également appliquer les exclusions de risques définis ci-dessus.

Pour les garanties « rente de conjoint » et « rente d'éducation », sont exclus les sinistres :

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

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit aux garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices.

En outre, l'assuré, et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations sont déchus de tout droit à garantie :

- en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,

**- en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.
Dans ce cas, l'intégralité des prestations qui auraient été indûment versées devra être restituée.**

Justificatifs à fournir

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

- copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence ;
- demande de capital Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie complétée ;
- acte de décès (bulletin de décès) ;
- titre de pension d'invalidité de 3^e catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par Sécurité sociale ;
- copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt ;
- acte de naissance 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 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 pour les enfants de plus de 16 ans ;
- si enfant infirme, la carte d'invalidé civil ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ;
- justificatifs en cours de validité ou pièces d'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations ;
- 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'organisme assureur peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

Dispositions générales

Début des garanties

L'affiliation des salariés prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du contrat d'adhésion, pour les salariés sous contrat de travail à cette date ;
- soit à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion ;

sous réserve d'avoir été déclaré à l'organisme assureur dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'entreprise.

Cessation des garanties

- À la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite telle que définie par la législation en vigueur ;
- à la date d'effet de la rupture du contrat de travail de l'assuré ;
- au décès de l'assuré ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'adhésion, consécutive notamment au changement du secteur d'activité de l'entreprise.

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

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail avec indemnisation

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

- un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur ;
- ou à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou pension d'invalidité – d'incapacité permanente) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- ou au bénéfice 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,
 - de toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...),
- ou au versement de prestations en espèces de la Sécurité sociale,

les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée moyennant paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation.

Pour les assurés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini au présent article, le salaire servant de base au calcul des cotisations (sans préjudice de la mise en œuvre le cas échéant de l'exonération du paiement de la cotisation prévue ci-après) et des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties.

Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale sauf en ce qui concerne sa prise en compte dans l'assiette des prestations au titre de la garantie invalidité et incapacité permanente. Dans ce dernier cas le revenu de remplacement éventuellement versé durant la période de référence retenue pour le calcul desdites prestations, s'entend pour son montant net (c'est-à-dire sous déduction des cotisations et contributions sociales applicables).

En application des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Décès sont maintenues moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération) au salarié 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 des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires versées au titre des garanties arrêt de travail prévues par le contrat d'adhésion et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération de leur employeur.

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

En cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation

En dehors des cas visés ci-dessus, les salariés dont le contrat de travail est suspendu, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties Décès du présent régime dans les conditions définies ci-dessous, et ce moyennant paiement de la cotisation globale (part salariale et patronale).

La demande du salarié doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire du souscripteur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Au-delà de ce délai, le salarié ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

Le dispositif de maintien des garanties entre en application à compter de la date de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du salarié concerné ;
- en cas de défaut de paiement de la cotisation ;
- à la date de cessation de son contrat de travail ;
- à la date de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion.

Les garanties et prestations Décès maintenues sont identiques à celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire de référence applicable aux assurés en activité, et qui précède la date du début de suspension du contrat de travail.

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne mensuelle du salaire brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale (y compris primes, gratifications et rappels de salaire dus sur la période) des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail.

Il est pris en compte dans la limite de la tranche 1 de la Sécurité sociale.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé par le salarié à l'entreprise, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

À défaut de paiement des cotisations, le salarié est radié et ne pourra plus bénéficier du maintien des garanties.

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

Dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au présent contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

Bénéficient du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage (attestation d'inscription au régime d'assurance chômage et attestation d'indemnisation par le régime d'assurance, étant

- précisé que ce dernier document n'est pas demandé si la demande de prestation intervient pendant une période de délai d'attente ou de différé d'indemnisation par l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France), à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de 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, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Sous réserve d'avoir été déclarés à l'organisme assureur par le souscripteur, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat d'adhésion, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

Il est précisé que la suspension du versement des allocations chômage et la période de carence n'ont pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits à portabilité.

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des cas de maintien prévus ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré ;
- au jour du décès de l'assuré.

Obligation 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 précisés ci-avant pour bénéficier du maintien des garanties, notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties 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 entraînant la cessation de l'indemnisation par l'assurance chômage et la liquidation de sa pension de retraite de base.

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 à l'assuré, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Obligations 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).

Financement du maintien des garanties

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

Garanties et prestations maintenues

Les assurés bénéficient des garanties du présent contrat applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Base de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au contrat, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

Montant des prestations d'incapacité de travail

Au titre de la garantie incapacité de travail, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du présent contrat. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré n'a pas encore été versée (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

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

En cas de résiliation du contrat de prévoyance

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les garanties Décès (hors Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin et frais d'obsèques en cas de décès d'un ayant droit visé autre que l'assuré) sont maintenues dans les conditions qui y sont définies, durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité ou d'invalidité – incapacité permanente au salarié (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité).

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

Lorsque l'entreprise a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le Décès des salariés pour souscrire le contrat d'adhésion, les prestations de l'organisme assureur dues en cas de Décès d'un assuré sont versées sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur de l'entreprise.

En cas de résiliation du contrat de prévoyance

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les garanties Décès (hors Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin et frais d'obsèques en cas de décès d'un ayant droit visé autre que l'assuré) sont maintenues dans les conditions qui y sont définies, durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité ou d'invalidité – incapacité permanente au salarié (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité).

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

Lorsque l'entreprise a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le Décès des salariés pour souscrire le contrat d'adhésion, les prestations de l'organisme assureur dues en cas de Décès d'un assuré sont versées sous déduction de celles dues par le précédent organisme assureur de l'entreprise.

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

Conjoint

- On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps judiciairement et non divorcé(e) par un jugement définitif.

Concubin

- On entend par concubin, la personne vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'événement 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

- On entend par partenaire lié par un PACS, la personne ayant conclu avec l'assuré 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.

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré dont la filiation avec celui-ci, y compris adoptive, et légalement établie ainsi que les enfants reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous conditions, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi : inscrits auprès de l'Organisme d'Etat en charge de l'emploi en France comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité de l'enfant à charge, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion (CMI). Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement ci-dessus.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables, ainsi que les enfants recueillis – c'est à dire ceux du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du (de la) concubin(e), de l'ex-conjoint éventuel – de l'assuré décédé (ou en situation de perte totale et irréversible d'autonomie) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès (ou de la perte totale et irréversible d'autonomie) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

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

Salaire de référence

Pour les garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, rente éducation, rente de conjoint et incapacité temporaire de travail

Le salaire de référence des prestations est le salaire annuel brut ayant servi d'assiette aux cotisations du présent contrat au cours des douze mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

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

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est entièrement reconstitué.

Pour les garanties invalidité et incapacité permanente

Le salaire de référence net est le salaire annuel net à payer versé par l'employeur à l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

On entend par salaire net à payer, le salaire brut versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales salariales.

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

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire net à payer du ou des derniers mois civils d'activité.

En cas d'arrêt de travail au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire net à payer intégralement reconstitué.

Païement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Les demandes de prestations 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.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré 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, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, 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.

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

En cas de décès

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces justificatives à fournir.

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

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

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente et des capitaux décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente ou à celle de son décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

Le taux de revalorisation est égal au cumul des taux de revalorisation annuels constatés entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente ou celle de son décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

Le taux de revalorisation annuel est fixé au 1^{er} novembre de chaque année, en fonction d'un indice décidé annuellement par les différents organismes assureurs intervenant au contrat en accord avec la Branche, dans le courant de l'année N-1, et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers desdits organismes assureurs intervenant au contrat pour l'année N-1, et à conditions du constat d'un résultat excédentaire sur ce même exercice de l'ensemble de ces contrats.

Le taux de revalorisation de l'année N est limité à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de l'actif général prévoyance des différents organismes assureurs intervenant au contrat (hors OCIRP) constaté pour l'année N-1 sous déduction du taux technique règlementaire de cette même année.

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

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

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente en cours de service sont revalorisées, au 1^{er} novembre de chaque année, sous réserve lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées en fonction d'un indice décidé annuellement par les différents organismes assureurs intervenant au contrat en accord avec la Branche, dans le courant de l'année N-1, et dont le niveau dépendra des résultats de la mutualisation de l'ensemble des contrats relevant de la Branche et des résultats financiers des différents organismes assureurs intervenant au contrat pour l'année N-1, **et à condition du constat d'un résultat excédentaire sur ce même exercice de l'ensemble de ces contrats.**

Le taux de revalorisation de l'année N est limité à 90% du taux le plus faible parmi les taux de rendement de l'actif général prévoyance des différents organismes assureurs intervenant au contrat (hors OCIRP) constaté pour l'année N-1 sous déduction du taux technique règlementaire de cette même année.

En cours de vie du contrat, les rentes éducation et de conjoint sont revalorisées annuellement selon l'indice fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

En cas de résiliation du présent contrat, les revalorisations cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations seront servies à leur niveau atteint à cette date. Le souscripteur prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite de ces revalorisations auprès du nouvel organisme assureur de sa couverture prévoyance. Toutefois, dans le cas où l'entreprise 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 présent 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 d'adhésion.

Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré, le souscripteur ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. 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 au souscripteur ou à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Suspension de la prescription

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

Renseignements - Réclamations - Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur dont dépend l'assuré aux coordonnées mentionnées en **Annexe I**.

Réclamation et médiation

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

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser à l'organisme assureur aux coordonnées mentionnées en **Annexe I**.

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

L'organisme assureur s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, la réclamation peut être adressée, selon le type de garanties aux Médiateurs des organismes définis ci-après :

- pour AG2R et l'OCIRP : au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
- pour MUTEX :
 - en priorité par internet : <https://www.mediation-assurance.org> ;
 - ou par défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

La demande de médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le Médiateur.

Ce recours est gratuit.

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

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

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

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur utilise :

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

- Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :
 - la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
 - les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Profilage et décision automatisée

L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication

ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données de son organisme assureur, aux coordonnées mentionnées en **Annexe I**.

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

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

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

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données de l'organisme assureur, aux coordonnées mentionnées en Annexe II.

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

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

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier à l'organisme assureur, à l'attention du Délégué à la protection des données, aux coordonnées mentionnées en Annexe II.

L'organisme assureur étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière.

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

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

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

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 l'assuré 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

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit, contre l'assureur des tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés 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.

Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

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.

Annexe 1 : Coordonnées des organismes assureurs

ORGANISMES ASSUREURS	CONTACTS DPO	RÉCLAMATIONS MEDIATION
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	Par 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	Demande de renseignements Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) : – Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00. Réclamation et médiation Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser : – Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ; – Via l'espace client ; – Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX – Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 69 32 20 00 pour les particuliers. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Institution, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale : – Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ ; – Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérès 75008 Paris
MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 140, Avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX	Lors de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. ▪ par courriel : dpo@mutex.fr ▪ par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex – 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex. Une réclamation peut également être introduite auprès de la CNIL sur www.cnil.fr	Réclamation à effectuer auprès des services de gestion : - de Mutex (uniquement pour les garanties rente éducation et rente de conjoint) - ou de l'organisme gestionnaire (pour toutes les autres garanties). Après intervention des services de gestion, si la réclamation n'était pas réglée, les assurés peuvent s'adresser à MUTEX via l'un des canaux réservés : • par courrier : Service Qualité Relation Adhérent – 140, avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon Cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites ; • par mail : reclamation.accueil@mutex.fr ; • via le formulaire de contact mutex.fr : https://www.mutex.fr/nous-contacter/ (*)

(*) Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou assureur n'a pas pu donner immédiatement entière satisfaction, **le réclamant est invité à formaliser son mécontentement via l'un des canaux précités.**

Pour les garanties **décès-perte totale et irréversible d'autonomie, double effet, frais d'obsèques, incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente** assurées par Mutex,

Mutex met à la disposition de ses assurés et des bénéficiaires des prestations la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires des prestations, confrontés à une situation litigieuse non résolue avec Mutex relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations, dans les délais précités et quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la première manifestation écrite du mécontentement a été formulée aux coordonnées indiquées ci-avant (cf. **Renseignements - Réclamations – Médiation**).

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la Médiation de l'Assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la Médiation de l'Assurance.

Annexe 2 : Echanges dématérialisés auprès d'AG2R Prévoyance

Définition

La dématérialisation des échanges entre l'organisme assureur et le souscripteur ou l'assuré 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 le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur ou l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).
- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur 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 au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

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

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

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

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

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'organisme assureur peut mettre à disposition ou fournir au souscripteur ou à l'assuré, 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. Le souscripteur et l'assuré 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.

Le souscripteur et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du souscripteur, 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.

Le souscripteur et l'assuré 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 au paragraphe a) ci-dessus n'est pas adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'organisme assureur sous format papier.

Droit d'opposition du souscripteur et de l'assuré

Lors de la conclusion du contrat et à tout moment au cours de celui-ci ou pendant la durée de l'affiliation, le souscripteur et l'assuré 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).

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

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

MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances

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 DMT Version 01/2024 (Edition mai 2024)

Attestation de réception de la notice d'information

À détacher et à remettre à votre employeur

Je soussigné, _____

reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de prévoyance souscrit par mon employeur au profit des salariés relevant de la Convention collective nationale du Négoce et des Prestations de services dans les Domaines Médico-Techniques (JO N°3286).

À _____

Le _____ / _____ / _____

Signature

