



AG2R LA MONDIALE

CONDITIONS GENERALES (version 07.2016)

PREVOYANCE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU SPORT du 07.07.2005

Personnel dit « NON CADRE »

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 – AFFILIATION AU REGIME CONVENTIONNEL	5
ARTICLE 1 – REGIME CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE.....	5
ARTICLE 2 – OBJET DES CONDITIONS GENERALES	5
ARTICLE 3 – INTERVENANTS A L’ADHESION	5
ARTICLE 4 – PRISE D’EFFET ET DUREE DE L’ADHESION	6
ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS.....	6
ARTICLE 6 – DISPOSITION SPECIALE	6
ARTICLE 7 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT	6
ARTICLE 8 – MODALITES D’AFFILIATION DES ASSURES.....	7
CHAPITRE 2 – GARANTIES SOUSCRITES.....	8
I- DECES – INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA) / DOUBLE EFFET	8
ARTICLE 9 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS	8
ARTICLE 11 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	9
II- RENTE EDUCATION (OCIRP)	9
ARTICLE 12 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 13 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	9
III- MAINTIEN DE SALAIRE DU PERSONNEL NON CADRE NON INDEMNISE PAR LA SECURITE SOCIALE.....	10
ARTICLE 14 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	10
IV- INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	11
ARTICLE 15 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 16 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	11
V- INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	12
ARTICLE 17 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 18 – ASSURE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU.....	12
ARTICLE 19 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	13
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS GENERALES.....	13
ARTICLE 20 – SUSPENSION DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 21 – PORTABILITE DES GARANTIES APRES CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	13
ARTICLE 22 – TERME DE LA GARANTIE.....	15

ARTICLE 23 – MODE DE CALCUL	16
ARTICLE 24 – REVALORISATION	17
ARTICLE 25 – COTISATION DUE	17
ARTICLE 26 – EXONERATION DU PAIEMENT	17
ARTICLE 27 – DEFAUT DE PAIEMENT.....	17
ARTICLE 28 – VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	18
ARTICLE 29 – LOI ECKERT DU 13.06.2014	18
ARTICLE 30 – PRESCRIPTION.....	19
ARTICLE 31 – EXCLUSIONS.....	19
ARTICLE 32 – CONTRÔLE MEDICAL.....	19
ARTICLE 33 – MODALITES DE GESTION SPECIFIQUE AUX PERSONNES N’AYANT PAS D’OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPECE DE LA SECURITE SOCIALE.....	20
ARTICLE 34 – LITIGES MEDICAUX	20
ARTICLE 35 – SUBROGATION.....	20
ARTICLE 36 – DEFINITIONS	21
ARTICLE 37 – RECLAMATIONS - MEDIATION.....	22
ARTICLE 38 – INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	22
ARTICLE 39 – AUTORITE DE CONTRÔLE.....	22
JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS	23

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

MUTEX, Société Anonyme régie par le code des assurances, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 – Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON CEDEX.

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, Siège social : 29 boulevard Edgar QUINET - 75014 PARIS

agissant pour le compte de l'**Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance (OCIRP)**, assureur du risque Rente Education, Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan – 75008 PARIS.

CHAPITRE 1 – AFFILIATION AU REGIME CONVENTIONNEL

ARTICLE 1 – REGIME CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

Par accord du 07 juillet 2005, les syndicats d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont organisé un régime de Prévoyance (Chapitre X « Prévoyance » de la Convention Collective Nationale du Sport).

Ce régime détaillé ci-après a été modifié dernièrement suite à la signature de l'avenant n°111 du 30 juin 2016 modifiant le chapitre X précité, dont les dispositions sont entrées en vigueur à effet du 01.07.2016.

Il est institué au profit du personnel des entreprises ou associations entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale du Sport du 07 juillet 2005 et ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947 (*), dit « non cadre » pour l'application des dispositions prévues ci-après.

() y compris le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations de la Sécurité sociale (personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale) et à l'exception des salariés définis au chapitre 12 de la Convention Collective Nationale du Sport et des intermittents du spectacle.*

ARTICLE 2 – OBJET DES CONDITIONS GENERALES

Le régime conventionnel visé à l'article 1 est régi par les présentes conditions générales.

Ces conditions générales s'appliquent de droit aux entreprises ou associations adhérentes à l'un des Organismes assureurs choisis par les partenaires sociaux de la branche professionnelle mentionnés en page 4 ci-dessus.

ARTICLE 3 – INTERVENANTS A L'ADHESION

Les organismes assureurs sont :

- **AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE;
- **MUTEX**, Société Anonyme régie par le code des Assurances ;
- **Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance relevant du code de la Sécurité sociale,
- **l'Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance (OCIRP)**, assureur du risque Rente Education, Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale.

Ces organismes assurent les garanties :

- Maintien de salaire (du personnel assuré non indemnisé par la Sécurité sociale),
- Arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle),
- Décès,
- Rente éducation.

AG2R RÉUNICA Prévoyance, MUTEX, Humanis Prévoyance gèrent l'ensemble des garanties ci-dessus, y compris pour le compte de l'OCIRP (assureur de la garantie Rente Education) et sont ci-après désignés sous le terme l'Organisme Assureur.

L'adhérent est l'entreprise ou l'association mentionnée au Bulletin d'adhésion lié aux présentes Conditions Générales.

Les assurés sont les salariés **dits** « non cadres » inscrits à l'effectif de l'entreprise ou de l'association adhérente, à la date d'effet de l'adhésion (ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement).

ARTICLE 4 – PRISE D’EFFET ET DUREE DE L’ADHESION

L’adhésion de l’entreprise ou de l’association prend effet à la date mentionnée au Bulletin d’adhésion au régime conventionnel de prévoyance obligatoire, pour une durée allant jusqu’au 31 décembre de l’année d’adhésion. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction, au 1^{er} janvier, sauf dénonciation expresse de l’adhérent qui ne relèverait plus du champ d’application de la Convention Collective Nationale du 07 juillet 2005, par courrier recommandé dûment motivé, adressé à l’organisme assureur, en respectant un délai de préavis de deux mois.

ARTICLE 5 – PRISE EN CHARGE DES RISQUES EN COURS

En application des lois n°89.1009 du 31 décembre 1989, n°94.678 du 08 août 1994 et n°2001-624 du 17 juillet 2001, les entreprises ou associations qui adhèrent au présent régime alors qu’un ou plusieurs de leurs salariés ou anciens salariés « non cadres » sont en arrêt de travail à la date d’effet de leur adhésion, devront déclarer ces risques en cours auprès de l’organisme assureur au moment de l’adhésion, et ce, afin d’assurer selon le cas :

- Soit l’indemnisation par l’organisme assureur dans les conditions fixées aux titres III, IV, V du chapitre 2 « GARANTIES SOUSCRITES » des présentes Conditions Générales des salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie, d’accident d’invalidité ou incapacité permanente professionnelle à la date d’effet de l’adhésion, si ces garanties ne sont pas couvertes par un précédent contrat d’assurance.
- Soit la revalorisation des prestations périodiques (indemnités journalières, rentes d’invalidité, incapacité permanente professionnelle, rente éducation) en cours de service par un précédent assureur, si le maintien de ces revalorisations n’est pas déjà prévu par le précédent organisme assureur.

Dans ce cas l’organisme assureur calculera la prime additionnelle ou surcotisation éventuellement nécessaire à la constitution des provisions correspondantes, due par l’entreprise ou association en contrepartie de la reprise des risques en cours par l’organisme assureur.

ARTICLE 6 – DISPOSITION SPECIALE

En cas de révision de la Convention Collective Nationale du 07 juillet 2005, entraînant une modification des engagements prévus dans le cadre du présent dispositif, il pourra être procédé à sa révision et à celle des taux de cotisations correspondants, et ce sans délai.

Toutefois, jusqu’à la date de prise d’effet de ces nouveaux engagements, les prestations demeurent calculées selon la réglementation en vigueur au titre des présentes dispositions.

En cas de modifications réglementaires ou législatives modifiant les obligations mises à la charge des organismes assureurs, le montant des prestations complémentaires versées au titre des présentes Conditions Générales sera maintenu.

ARTICLE 7 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT

L’adhérent s’engage à remettre aux assurés un exemplaire de la notice d’information établie par l’organisme assureur pour le compte de l’OCIRP et pour son propre compte, qui définit les garanties prévues par les présentes conditions générales et leurs modalités d’application.

Les articles R 115.1 et R 115.2 du code de la Sécurité sociale n’autorisent les organismes assureurs à gérer informatiquement des données nominatives et le NIR que dans le seul objectif de la gestion du contrat.

L'adhérent doit adresser à l'organisme ayant recueilli son adhésion les pièces suivantes :

1. A l'adhésion

Une liste du personnel NON CADRE à assurer indiquant notamment pour chacun :

- a) son n° Sécurité sociale,
- b) son nom et prénoms,
- c) son sexe,
- d) sa date de naissance,
- e) sa date d'embauche,
- f) sa situation de famille,
- g) le salaire servant au calcul des cotisations et tel que figurant à la D.A.D.S de l'entreprise ou de l'association.

L'état doit préciser, si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont en arrêt de travail.

2. En cours d'exercice

La liste prévue au 1. du présent article, avec indication de la date d'engagement lors de l'entrée des nouveaux assurés.

3. A chaque fin d'exercice

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel assuré (cf 1. ci-dessus).

L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

L'adhérent s'engage à payer les cotisations à leurs échéances suivant les modalités fixées à l'article 25 des présentes conditions générales.

ARTICLE 8 – MODALITES D’AFFILIATIONS DES ASSURES

Sont immédiatement admis dans l'assurance, les salariés sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise ou de l'association au régime conventionnel obligatoire, qui remplissent les conditions requises prévues par le chapitre X de la Convention Collective.

Les salariés en arrêt de travail au jour de la prise d'effet de l'adhésion doivent être déclarés à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion dans les conditions définies au 1. à l'article 7 des présentes.

Pour les salariés engagés postérieurement, leur adhésion prend effet à la date d'embauche.

CHAPITRE 2 – GARANTIES SOUSCRITES

I – DECES, INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), DOUBLE EFFET

ARTICLE 9 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1. Décès

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 10, un capital fixé comme suit :

150 % du salaire de référence,
quelle que soit la situation familiale de l'assuré au jour du décès.

2. Invalidité permanente et absolue (IPA)

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité permanente et absolue (3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale) de l'assuré, le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, à sa demande.

Ce versement met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré.

3. Double effet

En cas de décès du conjoint non remarié survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré, le capital versé ci-dessus au 1. et garanti sur la tête de l'assuré est versé à ses enfants à charge à la date du décès, par parts égales entre eux.

ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

En cas d'invalidité permanente et absolue, le bénéficiaire du capital est l'assuré.

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital, sont la ou les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur.

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

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par le salarié notifié à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation prend fin, le capital est versé :

- au conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS, tels que définis à l'article 36 des présentes conditions générales,
- à défaut de conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - aux enfants de l'assuré nés ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, à ses petits enfants,
 - à défaut de descendance directe, à ses parents, à défaut ses grands parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

En cas de double effet, le capital est versé par parts égales entre les enfants à charge de l'assuré, directement à ceux-ci dès leur majorité ; à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité.

ARTICLE 11 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'IPA, du contrôle médical prévu à l'article 32 des présentes conditions générales.

II – RENTE EDUCATION (OCIRP)

ARTICLE 12 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou d'invalidité permanente et absolue (3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale), il est versé à chaque enfant à charge au sens des dispositions qui suivent, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 12^{ème} anniversaire : 5 % du salaire de référence,
- au-delà du 12^{ème} anniversaire jusqu'au 16^{ème} anniversaire : 7 % du salaire de référence,
- du 16^{ème} au 18^{ème} anniversaire (ou 26^{ème} anniversaire si, dans ce dernier cas, l'enfant à charge est apprenti, étudiant ou demandeur d'emploi inscrit au Pôle emploi et non bénéficiaire des allocations d'assurance chômage) : 10 % du salaire de référence.

Le versement des rentes éducation par anticipation en cas d'invalidité permanente absolue met fin à la garantie.

ARTICLE 13 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme d'avance.

Le versement des rentes éducation cesse à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant atteint son 18^{ème} anniversaire et, au plus tard, son 26^{ème} anniversaire s'il est en apprentissage, poursuit des études ou est inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeur d'emploi non bénéficiaire des allocations d'assurance chômage.

La rente est versée sans limite de durée, pour les enfants âgés de moins de 26 ans au moment du décès de l'assuré (ou de l'invalidité permanente et absolue) et qui perçoivent au titre des personnes handicapées une allocation prévue par la Loi, sous réserve que leur invalidité ait été reconnue avant leur 26^{ème} anniversaire (justifiée par un avis médical et tant que l'enfant bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou demeure titulaire de la carte d'invalidité civile).

En tout état de cause, le service des rentes prend fin au jour du décès du bénéficiaire.

III – MAINTIEN DE SALAIRE DU PERSONNEL NON CADRE NON INDEMNISE PAR LA SECURITE SOCIALE

ARTICLE 14 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident de la vie privée ou à la maternité d'un assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale mais ayant l'ancienneté requise pour bénéficier d'une garantie de maintien de salaire prévue par la Convention Collective Nationale du Sport, l'organisme assureur lui verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à compter du **4^{ème} jour** d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de **3 jours d'arrêt de travail continu**.

2. Montant de la prestation

50% du salaire de référence,

et ce, pendant la durée normale d'indemnisation prévue par la Convention Collective au titre de la garantie maintien de salaire.

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail,
- après 87 jours d'indemnisation pour la maladie / accident de la vie privée,
- après 112 jours d'indemnisation pour la maternité,
- à la liquidation de la pension vieillesse,
- au jour du décès de l'assuré.

Pour les arrêts maladie / accident de la vie privée, il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée d'indemnisation ne dépasse pas 87 jours.

4. Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur à l'adhérent. En cas de rupture du contrat de travail, elles seront versées directement à l'assuré, au fur et à mesure selon l'appréciation du médecin conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion.

L'organisme assureur est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

IV – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

ARTICLE 15 –OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident d'ordre professionnel ou non (y compris en cas d'accident de trajet tel que défini à l'article L. 411.2 du code de la Sécurité sociale), d'un assuré pris en charge ou non par la Sécurité sociale (dans ce dernier cas pour le personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale), l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies en relais aux obligations de maintien de salaire telles que définies au chapitre IV – Article 4-3-1 et 4-3-2 de la Convention Collective Nationale du Sport et par la Loi et les textes qui en découlent. L'assuré n'ayant pas au 1^{er} jour de l'arrêt de travail l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire, bénéficiera de la garantie incapacité de travail à l'issue d'une franchise continue de 90 jours.

2. Montant de la prestation

Le montant mensuel de la prestation représente :

100 % du salaire net imposable,

y compris les prestations de la Sécurité sociale nettes de CSG et CRDS (reconstituées de manière théorique pour le personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale).

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail,
- à la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle,
- au plus tard, au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- au jour de son décès.

ARTICLE 16 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

En l'absence de l'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin conseil de l'organisme assureur, dont les modalités figurent à l'article 33 des présentes conditions générales.

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale*, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale), à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

**Pour le personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale.*

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur à l'adhérent. En cas de rupture du contrat de travail, elles seront versées directement à l'assuré, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale (ou selon l'appréciation du médecin conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion).

L'organisme assureur est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

V – INVALIDITE, INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

ARTICLE 17 – OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE

1. Point de départ de l'indemnisation

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur pour le personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale), de l'état d'invalidité telle que définie à l'article L 341.4 du code de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 66 % en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du code de la Sécurité sociale, de l'assuré, l'organisme assureur verse une rente complétant, le cas échéant celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

2. Montant de la prestation

Le montant mensuel de la prestation, y compris les prestations Sécurité sociale nettes de CSG et de CRDS (reconstituées de manière théorique pour le personnel *n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant* ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale) est défini comme suit :

➤ **En cas d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :**

100 % du salaire net imposable.

➤ **En cas d'invalidité 1^{ère} catégorie de la Sécurité sociale :**

50 % de la rente complémentaire versée en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée :

- au jour de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 66 % en ce qui concerne les rentes IPP visées à l'article 17-1,
- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour de la reprise de travail à temps partiel, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 18 – ASSURE DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

Si l'assuré est licencié ou est arrivé au terme de son contrat de travail et se voit attribuer par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur) une rente ou une pension, les organismes assureurs n'interviendront à leur tour qu'à la condition que l'arrêt de travail initial médicalement constaté et indemnisé par la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin-conseil de l'organisme) ait eu lieu avant la rupture du contrat de travail.

ARTICLE 19 – CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale (à défaut d'intervention de la Sécurité sociale*, dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale) auprès de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

**Pour le personnel n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale.*

Les rentes sont versées par l'organisme assureur à l'assuré à terme échu, trimestriellement ou mensuellement, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

L'organisme assureur est habilité à demander à l'assuré toutes pièces justifiant le versement des indemnités journalières.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 20 – SUSPENSION DE LA GARANTIE

La garantie est suspendue de plein droit lorsque le contrat de travail est suspendu.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due pour l'assuré. Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre des présentes Conditions Générales.

Dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, et sous réserve que l'organisme assureur en soit informé, les garanties définies aux présentes Conditions Générales retrouvent leur plein effet.

Toutefois, la suspension du droit à garantie ne s'applique pas dans le cas suivant :

- ➡ lorsque la suspension est due à la maladie, à un accident, à l'invalidité, l'incapacité permanente professionnelle et dans tous les cas dès lors que l'assuré bénéficie d'un maintien de salaire partiel ou total de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

ARTICLE 21 – PORTABILITE DES GARANTIES APRES CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties du régime conventionnel peuvent être maintenues aux assurés après la date de cessation de leur contrat de travail dans les conditions définies ci-après et ce, en application du dispositif de visé par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de prévoyance à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

❖ **Participants**

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenait à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du présent régime.

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime de prévoyance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- 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.

Le maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf dispositions particulières définies ci-après.

❖ **Durée - limites**

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente selon les formalités définies ci-après, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat collectif de prévoyance.

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.

❖ **Formalités de déclaration**

L'entreprise adhérente et/ou le participant doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée et d'une attestation justifiant son statut de 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 salarié (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. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

❖ **Garanties**

Les participants bénéficient des garanties prévoyance du présent régime 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 participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Lorsque la garantie « maintien de salaire » ou « mensualisation » est expressément prévue au contrat de prévoyance collective, cette garantie n'est pas maintenue au titre du dispositif de portabilité.

❖ **Salaire de référence**

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

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la cessation 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 calculées conformément aux dispositions du présent régime. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle le participant ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due au 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.

❖ **Païement des prestations**

L'ancien salarié adresse à son centre de gestion les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies au contrat. Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

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

❖ **Cotisations**

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au présent régime.

ARTICLE 22 – TERME DES GARANTIES

Les garanties du régime conventionnel obligatoire cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise ou de l'association adhérente acceptée par l'organisme assureur, consécutive notamment au changement du secteur d'activité,
- à la rupture du contrat de travail de l'assuré, sauf application des dispositions prévues à l'article 21 ci-dessus.

1. Rupture du contrat de travail

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif de l'association ou de l'entreprise adhérente sont radiés des garanties dès la date d'effet de la rupture du contrat de travail.

2. Résiliation de l'adhésion

2.1. Effets sur les garanties

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion.

Toutefois, en cas de résiliation, les garanties en cas de décès telles que définies aux articles 10-4 et 10-7 de la Convention Collective Nationale sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité, invalidité et IPP au titre des présentes conditions générales, et tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité, IPP en cause, par le ou les organismes assureurs faisant l'objet d'une résiliation et ce, au niveau de prestation tel qu'il est défini par le texte conventionnel au jour de la résiliation.

2.2. Effets sur les prestations

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation (prestations différées : passage en invalidité ou IPP supérieure ou égal à 66 %), continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

L'organisme assureur garantira notamment les prestations en cas de passage en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle (dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales) des assurés indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire à la date de résiliation. La prestation sera alors calculée sur la base du salaire de référence à la date de la résiliation.

La revalorisation des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation.

Les dispositions du paragraphe 2 du présent article s'appliquent en outre en cas de résiliation de l'entreprise ou de l'association, consécutive notamment au changement du secteur d'activité, acceptée par l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion.

ARTICLE 23 – MODE DE CALCUL

1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Est soumis à cotisations le salaire brut total de l'ensemble du personnel « non cadre », y compris les rémunérations variables supplémentaires régulièrement perçues (13^{ème} mois, prime de vacances...) au cours des 12 derniers mois, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Le salaire annuel servant de base au calcul des cotisations se décompose comme suit :

- **la tranche A des rémunérations perçues** : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- **la tranche B des rémunérations perçues** : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond.

2. Salaire servant de base au calcul des prestations garanties

Garanties décès, invalidité permanente et absolue, double effet, rente éducation, maintien de salaire du personnel « non cadre » non indemnisé par la Sécurité sociale

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, l'invalidité ou le décès, ayant donné lieu à cotisation, limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire annuel de référence est reconstitué sur la base du salaire brut du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation, limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Garanties arrêt de travail (incapacité temporaire de travail / invalidité / incapacité permanente professionnelle)

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité pris en compte dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

On entend par le salaire net, le salaire net imposable déduction faite de la CSG et CRDS non déductible.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

3. Règle de cumul des prestations

En aucun cas, le cumul des prestations de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance et d'un éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement ne peut conduire le salarié à percevoir plus que son salaire net d'activité.

ARTICLE 24 – REVALORISATION

Les prestations du régime, hors celles servies par l'OCIRP, sont revalorisées selon l'évolution de l'indice ARRCO/AGIRC et avec les mêmes dates d'effet.

Les prestations de l'OCIRP (rente éducation) sont revalorisées selon un coefficient et une périodicité fixées par l'OCIRP.

ARTICLE 25 – COTISATION DUE

La cotisation est fixée à l'article 10-8 de la Convention Collective Nationale du Sport (dernièrement modifié suite à la signature de l'avenant n°111 du 30.06.2016 modifiant le chapitre X de la Convention Collective Nationale précitée) et à l'article 1 du protocole d'accord technique signé entre les organismes assureurs choisis et les partenaires sociaux signataires de la Convention Collective et est révisable dans les conditions fixées par la Convention Collective tant que l'adhésion à l'organisme assureur résulte d'une obligation prévue dans la Convention collective nationale, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire.

La cotisation annuelle est payable par l'adhérent semestriellement et à terme échu, au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque semestre civil.

ARTICLE 26 – EXONERATION DU PAIEMENT

Dès lors que le salarié bénéficie des prestations du régime de prévoyance liées à une incapacité de travail, ces prestations sont exonérées de toute cotisation due au titre du régime de prévoyance instauré par la Convention Collective Nationale du Sport du 07 juillet 2005.

ARTICLE 27 – DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 10 jours qui suivent l'échéance de l'appel de cotisation, l'adhérent défaillant est mis en demeure par lettre recommandée d'effectuer son règlement.

L'entreprise ou l'association adhérente défaillante est toujours redevable de la cotisation dont l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion poursuit le recouvrement par tout moyen. Cette cotisation sera majorée d'une pénalité de retard égale, par mois ou par fraction de mois de retard, à 2% de la cotisation totale.

Les frais de recouvrement sont mis à la charge de l'adhérent.

Les salariés de l'entreprise ou de l'association considérée restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées par l'ensemble des entreprises ou associations adhérentes.

ARTICLE 28 – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 29 – LOI ECKERT DU 13 JUIN 2014 :

La loi Eckert concerne uniquement vos garanties décès.

Règlement des prestations :

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

En cours de versement des prestations, l'Organisme assureur peut demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations :

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

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

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 30 – PRESCRIPTION

Versement des capitaux ou rentes éducation suite à décès :

Les demandes non présentées dans un délai de dix ans suivant la date du décès ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des capitaux ou rentes éducation, par anticipation, suite à invalidité permanente et absolue :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date d'effet de la pension d'invalidité ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

Versement des indemnités journalières ou rentes suite à incapacité de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle :

Les demandes non présentées dans un délai de cinq ans suivant la date de l'arrêt de travail ne donneront pas lieu au versement des prestations, sauf cas de force majeure.

ARTICLE 31 – EXCLUSIONS

D'une façon générale, ne sont pas pris en charge les risques résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré provoquant une incapacité temporaire ou permanente,
- du fait d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- du fait de guerres civiles et étrangères dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques,
- de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale,
- d'un acte volontaire effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée 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.

La garantie rente d'éducation OCIRP n'est pas accordée dans les cas suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du salarié et a été condamné pour ces faits,
- en cas de guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le participant y prend une part active,
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes.

ARTICLE 32 – CONTRÔLE MEDICAL

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 assureur ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

ARTICLE 33 – MODALITES DE GESTION SPECIFIQUES AUX PERSONNES N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPECES DE LA SECURITE SOCIALE

A défaut d'un décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre des garanties maintien de salaire, incapacité de travail et invalidité – incapacité permanente professionnelle est subordonnée à la production d'un certificat médical et de l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'éventuel classement en invalidité, ainsi que l'appréciation du niveau de celle-ci, est effectué par le médecin conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion sont notifiées à l'assuré et s'imposent à lui s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée sur décision du médecin traitant de l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme ayant recueilli l'adhésion ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas de force majeure).

ARTICLE 34 – LITIGES MEDICAUX

Les déclarations de l'assuré peuvent être soumises aux médecins experts de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion.

A tout moment, cet organisme peut faire appel à ses médecins experts qui auront libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état. En cas de silence gardé ou de refus de l'assuré relatif à la demande de l'organisme assureur, dans un délai de 30 jours à compter de la lettre de mise en demeure, les prestations dues ou en cours de service cesseront d'être versées.

Lorsque l'assuré a donné suite à la demande d'expertise médicale de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, et en cas de contestations des conclusions du médecin expert de cet organisme, une expertise contradictoire pourra être mise en œuvre sur simple demande écrite de l'assuré. Dans ce cas, chaque partie pourra se faire assister du médecin de son choix. Les frais et honoraires des médecins assistant les parties restent à la charge de ces dernières.

Si à l'issue de l'expertise médicale contradictoire, des conclusions communes ne peuvent être établies, il pourra être fait appel à un médecin tiers. Celui-ci sera choisi conjointement par l'assuré et l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion sur la liste des médecins experts auprès de la Cour d'Appel du lieu du domicile de l'assuré. Les frais et honoraires du médecin tiers seront pris en charge pour moitié par chaque partie.

En dernier recours, les parties pourront saisir le Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile de l'assuré pour obtenir une expertise judiciaire.

ARTICLE 35 – SUBROGATION

En application de l'article L 931.11 du code de la Sécurité sociale, en cas de paiement des prestations complémentaires au titre des garanties incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle, à l'occasion d'un accident avec un tiers responsable, l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion est subrogé à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre ce tiers, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions de la Loi n°85-677 du 05 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relatives au recours contre les tiers en matière d'assurances de personnes.

ARTICLE 36 – DEFINITIONS

Chaque fois que les garanties en tiennent compte, il faut entendre par :

1. Invalidité et Incapacité permanente professionnelle

Invalidité

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 (article R 341-2 du code de 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*

**Art. L341-4 du code de la Sécurité sociale : en vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :*

1° Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité lui procurant gain ou profit ;

3° Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Incapacité permanente professionnelle

Incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à 66 % : il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1^{er} du code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 66 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles (article L.434-2 dudit code).

L'incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 66 % qui résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est assimilée, pour le calcul du montant de la prestation versée au titre de la garantie prévue au chapitre V des présentes conditions générales, à l'invalidité de 2^{ème} catégorie ou de 3^{ème} catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

2. Invalidité permanente et absolue (IPA)

Est considéré comme atteint d'invalidité permanente et absolue, l'assuré reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^{ème} catégorie d'invalide, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

3. Accident et accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

4. Enfant à charge

Pour le bénéfice de la garantie double effet, l'enfant à charge est :

- l'enfant de moins de 21 ans à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale, de l'assuré ou de son conjoint.
- l'enfant âgé de moins de 26 ans à charge de l'assuré ou de son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire :
 - l'enfant pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - l'enfant auquel l'assuré sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- l'enfant handicapé si, avant son 21^{ème} anniversaire, il est titulaire de la carte d'invalidé civil et bénéficie de l'allocation des adultes handicapés,
- quel que soit son âge, sauf déclaration personnelle des revenus, l'enfant infirme à charge de l'assuré ou de son conjoint n'étant pas en mesure de subvenir à ses besoins en raison de son infirmité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.
- L'enfant de l'assuré né « viable » moins de 300 jours après le décès de ce dernier.

5. Conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé par un jugement définitif.

La notion de concubinage est précisée à l'article 515-8 du code Civil. Le concubinage doit être notoire et continu. On entend par concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré au moment du décès et pouvant justifier d'une communauté de vie avec celui-ci d'au moins deux ans. Cette condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un enfant commun est né de cette union.

On entend par partenaire lié par un PACS : la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du code Civil. Ce PACS doit avoir été conclu au moins 2 ans avant la date du décès de l'assuré ou du partenaire, pour que ceux-ci puissent bénéficier des garanties respectivement accordées à chacun d'entre eux par le présent contrat au titre du décès. Aucune condition de durée du PACS n'est exigée lorsqu'un enfant commun est né de cette union.

ARTICLE 37 – RECLAMATIONS – MEDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat sont précisées le cas échéant au Bulletin d'adhésion de l'organisme assureur. S'agissant des contrats assurés par AG2R RÉUNICA Prévoyance, les réclamations peuvent être adressées à AG2R RÉUNICA Prévoyance – Direction de la qualité – 104-110 Boulevard Haussmann 75379 PARIS Cedex 08.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola – Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

ARTICLE 38 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978 modifiée, les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes), sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de l'organisme assureur et s'agissant des contrats d'AG2R RÉUNICA Prévoyance, auprès du Groupe AG2R LA MONDIALE – Correspondant Informatique et Libertés – 104-110 Boulevard Haussmann – 75379 PARIS Cedex 08.

ARTICLE 39 – AUTORITE DE CONTRÔLE

L'Institution relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

LES JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS

Les organismes assureurs se réservent le droit de réclamer tout autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

DOCUMENTS A FOURNIR	INCAPACITE DE TRAVAIL (IJ)	RENTES INVALIDITE, IPP	DECES IPA	RENTE EDUCATION (OCIRP)
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	●			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, à défaut, l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale	●			
Photocopie des 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité	●	●		
Demande de rente, signée de l'entreprise		●		
Notification d'attribution de pension d'Invalidité émanant de la Sécurité sociale		●		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		●	●	
Demande de capital décès signée de l'entreprise			●	
Acte de décès (bulletin de décès)			●	●
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un 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 ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			●	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			●	
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou du partenaire de PACS			●	●

En présence d'enfants ou de personnes à charge, un certificat de scolarité ou, à défaut pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage ...			•	•
Si personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			•	•
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 attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			•	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^{ème} catégorie			•	•
Demande de rente signée de l'entreprise				•
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité, et l'adresse des bénéficiaires			•	•
Attestation d'inscription au Pôle Emploi			•	•
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			•	•