



**AG2R LA MONDIALE**

**NOTICE D'INFORMATION**

**PRÉVOYANCE**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU SPORT**

**Ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de  
la CCN du 14 mars 1947**

## SOMMAIRE

<b>PRÉSENTATION DU RÉGIME</b> .....	<b>4</b>
RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE.....	4
<b>GARANTIE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)</b> .....	<b>5</b>
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ? .....	5
QUE PRÉVOIT LA GARANTIE ? .....	5
QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ? .....	5
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	6
<b>GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OCIRP)</b> .....	<b>7</b>
QUELS SONT L'OBJET ET LE MONTANT DE LA GARANTIE ? .....	7
DÉFINITION OCIRP DES ENFANTS À CHARGE.....	7
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	7
<b>GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE</b> .....	<b>8</b>
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ? .....	8
POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION .....	8
QUEL EST LE MONTANT DE LA GARANTIE ?.....	8
QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?.....	8
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	8
<b>GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b> .....	<b>9</b>
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ? .....	9
QUEL EST LE DÉBUT DE L'INDEMNISATION ?.....	9
QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ? .....	9
QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?.....	9
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	9
<b>GARANTIE INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP) ..</b>	<b>10</b>
QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ? .....	10
QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ? .....	10
QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?.....	10
ASSURÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU .....	10
CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	11

<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>12</b>
QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES ? .....	12
SUSPENSION DES GARANTIES .....	12
QUAND CESSENT-ELLES ? .....	12
SALAIRE DE RÉFÉRENCE .....	13
SALAIRE SERVANT DE BASE AU CALCUL DES PRESTATIONS GARANTIES.....	14
RÈGLE DE CUMUL DES PRESTATIONS .....	14
REVALORISATION .....	14
VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	14
PRESCRIPTION .....	15
Y A-T-IL DES EXCLUSIONS ? .....	15
Y A-T-IL UN CONTRÔLE MÉDICAL ? .....	15
ACCIDENT ET ACCIDENT DE TRAVAIL .....	16
DÉFINITIONS .....	16
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION .....	17
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .....	17
AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	17
<b>PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR</b> .....	<b>18</b>
<b>ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION</b> .....	<b>21</b>

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre de AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA

MUTEX, entreprise régie par le code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040 – Siège social : 12 5 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 Éducation, Union d'institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 – 75008 PARIS

# PRÉSENTATION DU RÉGIME

## RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Par accord du 7 juillet 2005 (étendu par arrêté du 21 novembre 2006), les syndicats d'employeurs et les organisations syndicales de salariés instituent un régime de Prévoyance obligatoire (Chapitre X « Prévoyance » de la Convention collective nationale du Sport) applicable à l'ensemble des salariés non-cadres ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 des entreprises ou associations entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale du Sport, sans condition d'ancienneté, et quel que soit le nombre d'heures de travail effectuées, à l'exception des sportifs professionnels ainsi que de leurs entraîneurs et des intermittents du spectacle.

Le personnel cadre relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 est soumis aux dispositions de l'article 7 de la dite CCN du 14 mars 1947 et doit, en tout état de cause, bénéficier des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime.

Le régime conventionnel de prévoyance obligatoire, modifié en dernier lieu par l'avenant n°111 du 30 juin 2016, prévoit les garanties :

- arrêt de travail (y compris le maintien de salaire),
- décès et invalidité permanente et absolue.

### Information des salariés

Chaque salarié (ci-après désigné par « l'assuré ») reçoit une notice d'information relative au contenu du régime de Prévoyance; pour toute question liée à la gestion du régime, votre organisme assureur est à votre disposition.

Cette notice est actualisée à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

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.

# GARANTIE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA)

## QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

- Garantir le versement d'une prestation lorsque survient le décès ou l'invalidité permanente absolue.

## QUE PRÉVOIT LA GARANTIE ?

### VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES DU SALARIÉ

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires un capital dont le montant est égal à **150 % du salaire de référence** (voir définition page 12), quelle que soit la situation familiale de l'assuré à son décès.

### VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA) TOUTES CAUSES DE L'ASSURÉ

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité permanente et absolue (versement de l'allocation tierce personne) 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.

#### 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<sup>e</sup> catégorie d'invalide, et restant définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain et profit et si son état l'oblige en outre à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

### VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT OU DU PACSÉ POSTÉRIEUR OU SIMULTANÉ AU DÉCÈS DU SALARIÉ (DOUBLE EFFET)

En cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS (non remarié, non engagé dans un nouveau lien de PACS) survenant avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la Sécurité sociale et postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré, **le capital visé ci-dessus 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.

## QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

### EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE

- 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 répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée 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 page 14 ;
- à défaut de conjoint, concubin et partenaire lié par un PACS, le capital est versé par parts égales entre eux :
  - aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non,
  - 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.

**À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par courrier adressé à l'organisme assureur.**

### 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.

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 de ces dispositions, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

## **CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les capitaux sont versés en une seule fois dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'Invalidité Permanente et Absolue, du contrôle médical prévu en page 13.

### **CAS DES PRESTATIONS DÉCÈS N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE VERSEMENT PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)**

Conformément à la réglementation (article L. 932-23 du Code de la sécurité sociale), les prestations décès qui ne font pas l'objet d'une demande de versement 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 du décès par l'organisme assureur, qui correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès de l'assuré.

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

# GARANTIE RENTE ÉDUCATION (OCIRP)

## QUELS SONT L'OBJET ET LE MONTANT DE LA GARANTIE ?

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou d'Invalidité Permanente et Absolue, 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<sup>e</sup> anniversaire : **5 % du salaire de référence** ;
- au-delà du 12<sup>e</sup> anniversaire jusqu'au 16<sup>e</sup> anniversaire : **7 % du salaire de référence** ;
- du 16<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> anniversaire (ou 26<sup>e</sup> 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 présente garantie.**

## DÉFINITION OCIRP DES ENFANTS À CHARGE

Sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, dans les cas suivants :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis - c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS - du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du salarié, les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire et sous condition, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
  - d'être en apprentissage,
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail dans des organismes publics ou privés de formation et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
  - d'être employés dans un Centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26<sup>e</sup> anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent salarié.

## CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La déclaration du décès ou la reconnaissance de l'état d'IPA et le dépôt du dossier auprès de l'organisme assureur doivent avoir lieu dans un délai d'un an à compter de l'évènement.

Les prestations prennent alors effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou l'IPA.

Si la déclaration est faite après un délai d'un an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de dépôt du dossier. Les prestations sont versées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception des pièces justificatives.

Les rentes sont versées trimestriellement et à terme avance.

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

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

## **GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE**

### **QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?**

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident ou à un congé maternité, il est versé des indemnités journalières à l'assuré :

- ne remplissant pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations de la Sécurité sociale ;
- et justifiant d'une ancienneté d'un an (condition requise par la Convention collective nationale du Sport pour bénéficier du droit au maintien de salaire).

### **POINT DE DÉPART DE L'INDEMNISATION**

Les indemnités journalières sont servies :

- en cas d'accident de travail, de maladie professionnelle ou de congé maternité : dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail ;
- en cas de maladie ou d'accident de la vie privé : à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, à l'issue d'une franchise de 3 jours d'arrêt de travail continu.

### **QUEL EST LE MONTANT DE LA GARANTIE ?**

**50 % du salaire de référence** (voir définition page 12) rétabli sur une base journalière, et ce, pendant la durée normale d'indemnisation prévue par la Convention Collective au titre de la garantie maintien de salaire.

### **QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?**

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail ;
- après 87 jours d'indemnisation en cas de maladie ou d'accident de la vie privée ;
- après 112 jours pour la maternité ;
- à la liquidation de la pension vieillesse (sauf pour le salarié en situation de cumul emploi-retraite, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- au jour du décès de l'assuré.

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 en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

### **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.



# GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

## QUEL EST L'OBJET 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 L411-2 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 ne remplissant pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations de la Sécurité sociale) l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

### 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 à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (livre III du Titre II du Code de la Sécurité sociale).

## QUEL EST LE DÉBUT DE L'INDEMNISATION ?

Les indemnités journalières sont servies en relais aux obligations de maintien de salaire de l'employeur 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 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.

## QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION ?

Le montant mensuel de la prestation représente :

- **100 % du salaire net à payer imposable,**

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

## QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée :

- dès la reprise du travail hors le cas de reprise à temps partiel pour raison thérapeutique ;
- à la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale y compris au titre de l'inaptitude au travail (sauf pour le salarié en situation de cumul emploi-retraite, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- au plus tard, au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

## CONDITIONS DE RÈGLEMENT 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 au paragraphe « Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ayant pas d'ouverture de droits au titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale » (voir page 13).

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir (voir page 16) :

- dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale ;
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (pour le personnel ne remplissant pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations 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.

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.

# GARANTIE INVALIDITÉ OU INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

## QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale (ou par le médecin conseil de l'organisme assureur) 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<sup>er</sup> 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.

### 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 (Art. L.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 :

- 1<sup>re</sup> catégorie : invalides incapables d'exercer une activité rémunérée ;
  - 2<sup>e</sup> catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité lui procurant gain ou profit ;
  - 3<sup>e</sup> catégorie : invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
- L'invalidité doit être justifiée par une notification de classement dans la même catégorie d'invalides de la Sécurité sociale.

### INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Incapacité 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<sup>er</sup> 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 l'invalidité – incapacité permanente professionnelle, à l'invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie ou de 3<sup>e</sup> catégorie si l'état de l'assuré nécessite l'assistance d'une tierce personne.

## QUEL EST LE 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 ne remplissant pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations de la Sécurité sociale) est défini comme suit :

- en cas d'invalidité 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie Sécurité sociale ou d'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % : **100 % du salaire net à payer imposable** ;
- en cas d'invalidité 1<sup>re</sup> catégorie Sécurité sociale : **50 % de la rente complémentaire** versée en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie

## QUELLE EST LA DURÉE DE L'INDEMNISATION ?

La prestation cesse d'être versée :

- au jour de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale y compris au titre de l'inaptitude au travail ;
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 66 % en ce qui concerne les rentes IPP visées plus haut ;
- du jour de la reprise de travail sans diminution de sa rémunération brute ;
- au jour du décès de l'assuré.

## ASSURÉ 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.

## **CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les demandes de rentes doivent être fournies à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir (voir page 16) :

- dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale ;
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (pour le personnel ne remplissant pas les conditions en termes de montant de cotisation ou d'heures cotisées pour bénéficier des prestations 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.

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

## **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES ?**

Dès la date d'entrée en vigueur des garanties, telle que définie dans les pages précédentes, pour les salariés sous contrat de travail dans l'entreprise ou l'association :

- dès votre embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties ;
- tant que vous relevez de la catégorie de personnel prévue au contrat de votre entreprise.

### **SUSPENSION DES GARANTIES**

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 du régime de Prévoyance.

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 dans le présent régime retrouvent leur plein effet.

Toutefois, la suspension du droit à garantie ne s'applique pas aux assurés dont le contrat est suspendu s'ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

### **QUAND CESSENT-ELLES ?**

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 consécutive à la dénonciation du régime de prévoyance prévu par la Convention collective nationale du 7 juillet 2005, et ce au plus tard à la fin de la période de survie du régime ;
- à la date d'effet de la radiation 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.

### **EN CAS DE RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL : LA PORTABILITÉ DES DROITS**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Formalités de déclaration**

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

L'ancien salarié doit 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 du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, 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.

### **Salaire de référence**

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

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

### **Incapacité de travail**

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

### **Paiement des prestations**

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

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

## **RÉSILIATION DE L'ADHÉSION**

### **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 du Sport sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité, invalidité et IPP au titre du présent régime de prévoyance, 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.

### **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 égale 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 au présent régime de prévoyance) 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 ci-dessus en matière de résiliation de l'adhésion s'appliquent également en cas de radiation de l'entreprise ou de l'association, consécutive notamment au changement du secteur d'activité, acceptée par l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion.

## **SALAIRE DE RÉFÉRENCE**

Pour l'ensemble des garanties du présent régime, est soumis à cotisations, le salaire brut total soumis à charges sociales et déclaré à l'URSSAF.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au salaire brut annuel déclaré par l'adhérent à l'URSSAF, dans la limite des Tranche A et B définies comme suit :

- Tranche A : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la Sécurité Sociale.

## **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 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 la tranche B (soit 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 la tranche B (soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

Toutefois lorsque la période de référence est inférieure à un mois, le salaire annuel de référence est complété jusqu'à concurrence de celui prévu au contrat de travail.

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance d'un décès ou d'une Invalidité Permanente et Absolue, le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail. Le salaire de référence est revalorisé entre la date du début de l'arrêt de travail et la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

### **GARANTIE 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 la tranche B (soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale).

On entend par 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 net à payer est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

Toutefois lorsque la période de référence est inférieure à un mois, le salaire net à payer est complété jusqu'à concurrence de celui prévu au contrat de travail.

## **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.**

## **REVALORISATION**

La revalorisation intervient chaque année au 1<sup>er</sup> juillet ; elle s'effectue pour l'ensemble des prestations versées sur la base de l'évolution du point ARRCO, plafonnée au plus petit taux de rendement net distribué par les organismes assureurs parties à la couverture du régime prévoyance de la CCN du sport. La revalorisation s'applique après 6 mois d'arrêt de travail continu.

### **REVALORISATION POST MORTEM DES PRESTATIONS DÉCÈS**

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

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

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

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

## **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.

## 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.

## Y A-T-IL DES 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.**

## Y A-T-IL UN 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 assureur ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

### **Modalités de gestion spécifiques aux personnes n'ayant pas d'ouverture de droits au titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale**

À 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).

## **Litiges médicaux**

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

À 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.

## **ACCIDENT ET ACCIDENT DE 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 considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

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

## **DÉFINITIONS**

### **ADHÉRENT**

L'adhérent est l'entreprise ou l'association entrant dans le champ d'application de la Convention collective du sport, et employeur des salariés bénéficiant de la couverture du régime conventionnel de prévoyance obligatoire.

### **PARTICIPANT**

Les participants ou assurés sont les salariés non cadres ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947 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)

### **CONJOINT**

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

### **CONCUBIN**

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.

### **PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS**

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.

### **ENFANTS 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<sup>e</sup> 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.

---

**NOTA : La qualité de salarié, conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, d'enfants et personnes à charge s'apprécie à la date du décès.**

## **RÉCLAMATIONS - MÉDIATION**

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R LA MONDIALE – 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 AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul – 59896 Lille Cedex 9.

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

## **INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés 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 AG2R RÉUNICA Prévoyance, auprès de AG2R LA MONDIALE – Correspondant Informatique et Libertés – 104-110 Boulevard Haussmann – 75379 PARIS Cedex 08.

## **AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

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

# PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

## POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT

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

Documents à fournir

Incapacité de travail      Invalidité / IPP      Décès / IPA      Rente éducation OCIRP

Demande de prestations signée de l'entreprise (Demande spécifique à chacun des risques)	●	●	●	
Si l'arrêt est dû à un accident causé par un tiers, devra être noté : nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers responsable, et nom du tiers	●	●		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt, et si assuré non pris en charge par la CPAM (nombre d'heures insuffisant), copie de l'arrêt de travail et prolongations et le refus de prise en charge de la sécurité sociale indiquant le motif	●			
Si changement de risque, passage de maladie à accident du travail/ maladie professionnelle : les décomptes de régularisation depuis le début	●			
En cas de multi employeur, un courrier de la CPAM précisant le montant de l'IJ pour chaque employeur, ou si impossible, le calcul de l'indemnité légale Sécurité sociale sera calculé sur les salaires bruts déclarés par l'employeur	●			
Si mi temps thérapeutique: l'attestation de l'employeur envoyé à la sécurité sociale indiquant le salaire à temps partiel et rétabli sur temps d'activité normale et les décomptes d'indemnités journalières correspondant à la période	●			
En cas de rupture du contrat de travail, certificat de travail, RIB au nom de l'assuré ou en compte joint, pour paiement de la rente d'invalidité et des IJ après le licenciement de l'assuré	●	●		
Photocopie des 12 derniers bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou l'invalidité ou le décès (si l'invalidité ou le décès a été précédé d'un arrêt → les 12 fiches de paies précédant l'arrêt)	●	●	●	●
Si multi employeur, bulletin de paie des autres employeurs		●		
Notification de pension d'Invalidité et titre de pension de la Sécurité sociale avec la catégorie, la date d'effet et le montant définitif de la rente allouée		●		
En cas de révision de pension, la notification d'invalidité initiale est nécessaire ainsi que les périodes de l'arrêt initial		●		
Notification d'attribution de la rente Incapacité physique permanente		●		
Pour les assurés sans droit à Invalidité CPAM, la lettre de la sécurité sociale avec le refus et le motif, (une convocation auprès d'un médecin sera envoyée à l'assuré pour déterminer la catégorie d'invalidité)		●		
Impôt sur les revenus à N-2 (revenus de 2010 pour imposition sur 2012)		●		
Pour un assuré licencié, l'attestation de Pôle Emploi stipulant que la personne ne touche pas d'allocation chômage (1 <sup>e</sup> catégorie uniquement, l'attestation sur l'honneur suffit pour une 2 <sup>e</sup> ) ou notification chiffrée de l'indemnité de Pôle Emploi		●		
Pour les invalides qui travaillent : attestation de l'employeur indiquant la rémunération mensuelle brute et net pour la période concernée et décompte de paiement de la CPAM		●		

Documents à fournir	Incapacité de travail	Invalidité / IPP	Décès / IPA	Rente éducation OCIRP
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée		●	●	
Demande de prestations signée de l'entreprise (demande spécifique à chacun des risques)			●	●
Demande du capital signée par le bénéficiaire ou son représentant légal			●	●
Acte de Décès original délivré par l'état civil			●	●
Certificat du médecin ayant constaté le décès précisant la nature du décès			●	●
En cas de mort accidentelle, copie du rapport de gendarmerie, etc.			●	●
Copie du livret de famille à jour des mentions marginales			●	●
Extrait d'acte de naissance original de l'assuré décédé à jour des mentions marginales			●	●
Extrait d'acte de naissance original de chaque enfant bénéficiaire			●	●
Attestation de notoriété justifiant la dévolution successorale			●	●
Justificatif de la qualité du conjoint ou à défaut, d'ayant droit ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			●	
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire PACS			●	●
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 partenaire 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			●	●
En cas de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou 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, de moins de 3 mois...)			●	
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)			●	
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			●	●
RIB du compte bloqué pour paiement aux mineurs sous tutelle			●	●
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			●	●
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée (IPA)			●	●
Notification de pension d'invalidité précisant la 3ème catégorie et date d'effet (IPA)			●	●
Demande de prestation devra être signée par l'assuré qui valide ainsi la mise en place de cette garantie			●	●

Pour toute information, contactez votre employeur.

AG2R LA MONDIALE

Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

(10/0446) / TC / D 115 / Septembre 2016 – Pôle Contrats Chartres

# 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 obligatoire souscrit par mon employeur, en application de la Convention collective nationale du Sport.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature