



AG2R LA MONDIALE

OCIRP  
protéger. agir. soutenir

Prévoyance

Convention collective nationale du Bricolage  
(vente au détail en libre-service) du 30.09.1991

# Notice d'information

En vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022

Personnel cadre

# Sommaire

Présentation.....	3
Vos garanties prévoyance.....	4
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	4
Arrêt de travail.....	5
Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.....	6
Objet de la garantie.....	6
Contenu de la garantie.....	6
Exclusions.....	8
Justificatifs à fournir.....	8
Arrêt de travail.....	10
Objet de la garantie.....	10
Contenu de la garantie.....	10
Exclusions.....	11
Contrôle médical.....	12
Justificatifs à fournir.....	12
Dispositions générales.....	14
Début des garanties.....	14
Suspension des garanties.....	14
Cessation des garanties.....	14
Maintien des garanties.....	14
Définition du conjoint, concubin.....	16
Définition des enfants à charge.....	17
Salaire de référence.....	18
Paiement des prestations.....	18
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.....	18
Revalorisation.....	19
Prescription.....	19
Territorialité.....	20
Déchéance.....	20
Subrogation.....	20
Réclamations - Médiation.....	20
Échanges dématérialisés.....	20
Autorité de contrôle.....	22
Mes services.....	23
Découvrez notre application mobile « service client ».....	23
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	24

# Présentation

L'entreprise adhérente a mis en place un régime de prévoyance obligatoire, au profit de :

- son personnel cadre, à savoir le personnel relevant des Articles 4 et 4 bis de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947.

Ce régime prévoit les garanties :

- décès ;
- arrêt de travail.

Les garanties arrêt de travail et décès figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime de prévoyance, ainsi qu'à l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale en tant qu'assureur de la garantie rente d'éducation.

AG2R Prévoyance en tant que membre de l'OCIRP agit au nom et pour son compte dans la gestion des garanties qu'elle assure dans le cadre de ce régime.

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

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

Cette notice s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Votre employeur doit remettre obligatoirement à chaque salarié couvert par le contrat un exemplaire de la présente notice.

# Vos garanties prévoyance

## Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
<b>OPTION 1 : Capital décès</b>	
<b>Capital décès (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200 % du SR
Marié, pacsé, concubin, sans enfant à charge	200 % du SR
Célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant à charge	400 % du SR
Marié, pacsé, concubin, avec un enfant à charge	400 % du SR
Majoration par enfant à charge supplémentaire	100 % du SR
<b>OPTION 2 : Capital décès minoré assorti d'une rente d'éducation</b>	
<b>Capital décès (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200 % du SR
Marié, pacsé, concubin, sans enfant à charge	200 % du SR
Célibataire, veuf, divorcé, avec un enfant à charge	300 % du SR
Marié, pacsé, concubin, avec un enfant à charge	300 % du SR
<b>Rente annuelle d'éducation OCIRP (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)</b>	
Jusqu'à 11 ans révolus	10 % du SR
De 12 à 17 ans révolus	15 % du SR
De 18 à 25 ans révolus sous conditions d'être à charge selon la définition prévue dans la présente notice (et sans limitation de durée pour les enfants à charge concernés <sup>(1)</sup> )	20 % du SR
Lorsque l'enfant à charge est orphelin des 2 parents, le montant de la rente dont il bénéficie est doublé	
<b>GARANTIES COMMUNES À TOUTES LES OPTIONS</b>	
<b>Perte totale et irréversible d'autonomie</b>	
Versement par anticipation	100 % du capital décès de l'option retenue <sup>(2)</sup>
<b>Décès postérieur ou simultané du conjoint</b>	
Nouveau capital	100 % du capital décès de l'option retenue <sup>(2)</sup>
<b>Allocation frais d'obsèques</b>	
Décès du salarié, du conjoint, du concubin ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans <sup>(3)</sup>	200 % du PMSS

SR = Salaire de référence.

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

(1) 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 ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent salarié. En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être également à la charge du bénéficiaire.

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

(3) La prestation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de facture, dans la limite des frais réellement engagés pour les enfants à charge de plus de 12 ans.

# Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance <sup>(1)</sup>
<b>Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière</b>	
En complément des droits au maintien de salaire tel que défini dans la Convention collective nationale du Bricolage	30 % de la 365 <sup>e</sup> partie du SR
À l'issue d'une franchise continue de 90 jours d'arrêt de travail pour le salarié ne bénéficiant pas de l'ancienneté requise <sup>(2)</sup>	30 % de la 365 <sup>e</sup> partie du SR
<b>Invalidité: rente annuelle</b>	
1 <sup>re</sup> catégorie	25 % du SR
2 <sup>e</sup> catégorie	30 % du SR
3 <sup>e</sup> catégorie	30 % du SR
<b>Incapacité permanente : rente annuelle</b>	
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	3/2 N x 30 % du SR
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	30 % du SR

SR = Salaire de référence tranche A + tranche B.

N = Taux d'incapacité permanente professionnelle.

(1) En complément des prestations versées par la Sécurité sociale, si cette dernière prend en charge l'arrêt de travail.

(2) La franchise continue de 90 jours d'arrêt est supprimée en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle et/ou d'hospitalisation survenant au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail dont la cause est identique à celle de l'arrêt de travail.

# Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

## Objet de la garantie

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

## Contenu de la garantie

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du salarié, il est prévu le versement de prestations variant en fonction de l'option choisie.

**Deux** options de garanties sont proposées :

- Option 1 : capital décès ;
- Option 2 : capital décès minoré + rente éducation.

Le choix de l'option se fera par le bénéficiaire au moment du sinistre.

À défaut de choix exprimé par le(s) bénéficiaire(s) ou faute d'accord sur le choix de l'option entre les bénéficiaires, l'option 1 sera retenue

### 1/ Capital décès

Le versement du capital payable dans le cas du décès du participant peut s'effectuer soit suivant la clause type, soit suivant une désignation expresse.

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

La désignation particulière peut également être établie par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur préalablement au décès du participant.

En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés ou en l'absence de désignation particulière de bénéficiaires par l'assuré, le capital décès toutes causes est versé dans l'ordre de priorité suivant selon la clause type :

- au conjoint survivant (soit le conjoint non séparé de corps judiciairement ou le partenaire du participant lié par un pacte civil de solidarité - PACS - valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement),
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive est légalement établie, dont ceux recueillis ou nés viables moins de 300 jours après le décès du participant,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, par parts égales, aux grands-parents du participant,
- et enfin, à défaut aux héritiers du participant à proportion de leurs parts héréditaires.

En cas de décès d'un des bénéficiaires désignés par le participant, le capital est versé aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives. En cas de décès du bénéficiaire ou de tous les bénéficiaires désignés par le participant, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent.

Toutefois, quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable :

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

A tout moment, le participant a la faculté de faire une désignation différente par lettre adressée à l'organisme assureur.

Un bénéficiaire a la possibilité d'accepter la désignation faite à son profit dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cas, cette désignation devient irrévocable et ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

### Situation de concubinage

Le concubin, même nommément déclaré à l'organisme assureur, ne peut pas être assimilé au conjoint pour l'application de la dévolution du capital. Par conséquent, si le participant souhaite affecter le bénéfice du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation particulière à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et fourni par l'organisme assureur.

## 2/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

### Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le participant est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il se trouve reconnu par la sécurité sociale, dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'il doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'incapacité permanente reconnue par la Sécurité sociale résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le taux est au moins égal à 66 % avec attribution d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

Lorsque le participant est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour enfant à charge, lui est versé par anticipation sur sa demande.

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

## 3/ Décès postérieur ou simultané du conjoint du participant

Le décès du conjoint du participant, survenant simultanément ou postérieurement au décès du participant et alors qu'il reste au moins un enfant à charge, entraîne le versement par parts égales aux enfants qui étaient à la charge du participant et qui sont encore à la date de son décès à la charge du conjoint, d'un nouveau capital égal au **capital versé au décès du participant**, y compris la majoration pour enfant à charge.

La prestation est répartie par parts égales entre les enfants à charge du conjoint qui étaient initialement à la charge du participant au jour de son décès. Elle est versée directement à ceux-ci s'ils sont majeurs à la date du versement de la part de capital ; à leurs représentants légaux ès qualités si, à la date du versement de la part de capital, les enfants sont mineurs.

## 4/ Rentes d'éducation OCIRP

En cas de décès du participant ou de classement en invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale, il peut être versé pour chaque enfant restant à charge à cette date, une rente temporaire, dont le montant annuel varie en fonction de l'âge de l'enfant.

L'enfant à charge s'entend de l'enfant tel que défini dans le présent document.

La rente est versée par quotité trimestrielle par avance à compter du premier jour du mois civil suivant le décès (ou l'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie si fait générateur de la garantie) du participant.

Elle est versée au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.

La majoration pour rente progressive intervient au premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Le versement de la rente par anticipation au participant sur sa demande en cas d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale met fin à la garantie rente d'éducation.

Le service de la rente cesse le dernier jour du trimestre civil :

- au cours duquel l'enfant n'est plus à charge ;
- du décès du bénéficiaire, sans prorata d'arrérages au décès.

Le montant de la rente est doublé si le bénéficiaire devient orphelin des deux parents.

## 5/ Allocation frais d'obsèques

En cas de décès du participant, du conjoint, concubin ou d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la loi (de plus de 12 ans) du participant, il est versé par l'organisme assureur une allocation forfaitaire de frais d'obsèques sur présentation des justificatifs, et dans la limite des frais réels engagés en cas de décès d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la loi (de plus de 12 ans).

# Exclusions

Ne sont pas garantis les sinistres résultants :

- d'un fait volontaire du participant ou du bénéficiaire de la garantie, étant précisé que le suicide n'est pas considéré comme un fait volontaire du participant,
- de la navigation aérienne lorsque le participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité valide ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valide ou ayant une licence périmée pour l'appareil utilisé,
- de la participation active du participant à une guerre civile ou étrangère, à une insurrection, à une émeute, à un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, à une rixe sauf cas de légitime défense,
- des risques résultant d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules,
- de cataclysme ou de tremblement de terre.

## Justificatifs à fournir

### Garanties décès

L'employeur adresse au centre de gestion de l'organisme assureur dans les plus brefs délais la demande de prestations en cas de décès accompagnée de tout ou partie des pièces suivantes :

- acte de notoriété établi par le notaire ou à défaut :
  - acte de décès original avec filiation,
  - et acte de naissance intégral du défunt, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales,
  - et livret de famille du participant,
  - et certificat d'hérédité établi par la mairie si le capital en cas de décès revient aux héritiers,
- acte de naissance intégral du bénéficiaire de la prestation, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales (sauf en présence d'un héritier bénéficiaire de la prestation si l'acte de notoriété est transmis),
- copie d'une pièce d'identité du (des) bénéficiaire(s) de la prestation,
- certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel ;
- copie du dernier avis d'imposition du participant,
- en présence d'enfant à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans, ou un certificat d'apprentissage ou une attestation de poursuite d'études,
- en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidité civile ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé,
- à la demande de l'Institution, pour le versement des prestations à l'enfant mineur : une attestation du parent survivant selon laquelle ce dernier exerce pleinement l'autorité parentale à l'égard de l'enfant mineur et ce sans restriction,
- copie des bulletins de salaire du participant justifiant la période de référence servant au calcul des prestations.
- relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s) de la prestation,

Si il y a lieu, l'Adhérent complète la demande de prestations par tout ou partie des pièces suivantes :

- si le bénéficiaire de la prestation est le conjoint ou le partenaire lié par un PACS, il devra également fournir un justificatif de domicile commun daté de moins de 3 mois (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe),
- attestation de concubinage délivrée par la mairie, une copie intégrale du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou à défaut une déclaration sur l'honneur accompagnée d'une pièce justificative du domicile commun (quittance aux deux noms, de loyer ou d'électricité ou de téléphone fixe),
- ordonnance du tribunal d'instance ou de grande instance délivrée aux titulaires d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou attestation délivrée par le notaire ou la mairie,
- facture acquittée des frais à la charge du bénéficiaire de l'allocation de frais d'obsèques,
- en cas de décès accidentel, la preuve du caractère accidentel du décès incombe au bénéficiaire ou à l'ayant droit qui devra fournir : un rapport de police ou de gendarmerie ; copie de la décision de la Sécurité sociale en cas d'accident du travail, ainsi que tout élément d'information sur les circonstances du décès (article de presse par exemple) ;
- si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail non indemnisée par l'Institution, une attestation de la Sécurité sociale et/ou de l'organisme assureur de l'Adhérent garantissant l'arrêt de travail des salariés, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès.



## Perte totale et irréversible d'autonomie / Invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe au participant ou à la personne qui en a la charge qui devra fournir la notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la pension d'incapacité permanente de la Sécurité sociale résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle avec attribution d'une majoration pour assistance d'une tierce personne.

Pour l'octroi par anticipation de la rente éducation en cas d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie reconnue par la Sécurité sociale, il incombe au participant ou à la personne qui en a la charge de fournir la notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale correspondante.

## Pluralité de sinistres

En cas de pluralité de décès ou de pertes totales et irréversibles d'autonomie ayant pour origine un même événement à caractère accidentel ou non, survenu ou non à l'occasion d'un déplacement professionnel ou privé, effectué ou non dans le même appareil de transport, l'employeur doit déclarer à l'organisme assureur, lors de la demande de prestations, l'événement ou les circonstances à l'origine de la pluralité de sinistres.

# Arrêt de travail

## Objet de la garantie

Verser au participant, en arrêt de travail pour maladie ou accident médicalement constaté, des prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale (indemnités journalières ou rentes).

## Contenu de la garantie

### 1/ Incapacité temporaire de travail

#### Incapacité temporaire de travail

Est considéré comme atteint d'une Incapacité Temporaire, le participant qui se trouve dans l'obligation de cesser son activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie, ouvrant droit au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

En cas d'incapacité temporaire de travail, dès l'expiration du délai de franchise, l'organisme assureur verse une indemnité journalière.

Seuls sont garantis par l'organisme assureur les arrêts de travail dont la date initiale est constatée au cours de la période de garantie. Après la résiliation du contrat, tout nouvel arrêt de travail n'est pas garanti par l'organisme assureur.

Les indemnités journalières de l'organisme assureur sont suspendues ou cessent quand la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque le régime de Sécurité sociale réduit ses prestations, l'organisme assureur réduit ses indemnités journalières complémentaires à due concurrence.

Le service des prestations complémentaires cesse :

- dès que le participant cesse de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf si l'intéressé bénéficie d'un dispositif de cumul emploi-retraite) ;
- à la date de reprise d'activité du participant ;
- à la date d'attribution d'une rente d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de la Sécurité sociale ;
- à la date du décès du participant ;
- sur décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical ;
- au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail..

### 2/ Invalidité et incapacité permanente

Lorsque le participant bénéficie de la part de la Sécurité sociale d'une pension au titre de l'assurance invalidité (participant classé dans les 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégories d'invalidité) ou dans le cadre de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle (dont accident du trajet), d'une rente d'incapacité permanente assortie d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33%, l'organisme assureur verse la prestation sous forme de rente.

Seules sont garanties par l'organisme assureur les invalidités ou incapacités permanentes lorsque la date initiale des arrêts de travail est constatée au cours de la période de garantie.

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

En cas de modification de la catégorie ou du taux d'invalidité reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur est modifiée à partir de la même date.

La rente est réduite ou suspendue en cas de réduction ou de suspension de la pension de la Sécurité sociale. Elle cesse quand la Sécurité sociale cesse le versement de sa propre pension.

Le service des prestations complémentaires cesse :

- à la date du décès du participant ;
- à la date à laquelle le participant cesse de percevoir une rente d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de la Sécurité sociale ou à la date où le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 % ;

- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- sur décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical.

## Rechute après reprise de travail

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de deux mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la Sécurité sociale, n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail précédent. La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue.

Lorsque l'organisme assureur intervient au titre de la garantie incapacité temporaire de travail en relais des obligations de l'employeur définies par la convention collective, l'accord d'entreprise ou l'accord national interprofessionnel sur la mensualisation, le versement des indemnités journalières complémentaires ne s'effectue qu'après épuisement total de la durée d'indemnisation mise à la charge de l'employeur par ces mêmes textes.

Par ailleurs, chaque fois que le participant sera atteint d'une maladie longue et coûteuse au sens des articles L. 322-3 et D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, il ne sera pas tenu compte de la durée de la reprise du travail pour considérer qu'il s'agit toujours d'une même affection et pour continuer le versement des indemnités journalières sans application du délai de franchise.

## Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le participant continue à bénéficier de la part de la Sécurité sociale d'indemnités journalières, d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, AG2R Prévoyance accorde des prestations complémentaires réduites du montant des prestations de la Sécurité sociale et de toutes autres ressources (éventuel salaire à temps partiel ...) que le participant perçoit.

Le participant ou l'employeur doivent, sans délai, informer l'organisme de la reprise d'activité totale ou partielle ou bien de toute modification de la situation à l'égard de la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, le participant doit rembourser les prestations qui lui ont été indûment versées.

## Avis de prolongation ou d'interruption de travail

En cas d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus (dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail et dans les deux jours suivant la prescription de prolongation), l'organisme assureur verse les prestations complémentaires dues en tenant compte des prestations de la Sécurité sociale non réduites.

## Exclusions

Ne sont pas garantis les sinistres résultants :

- **d'un fait volontaire du participant ou du bénéficiaire de la garantie, étant précisé que le suicide n'est pas considéré comme un fait volontaire du participant,**
- **de la navigation aérienne lorsque le participant se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité valide ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valide ou ayant une licence périmée pour l'appareil utilisé,**
- **de la participation active du participant à une guerre civile ou étrangère, à une insurrection, à une émeute, à un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, à une rixe sauf cas de légitime défense,**
- **des risques résultant d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules,**
- **de cataclysme ou de tremblement de terre,**
- **de la pratique par le participant de tout sport à titre professionnel,**
- **de sa participation à des défis, courses, tentatives de records, et paris,**
- **de la pratique des sports et activités suivantes : deltaplane, parapente, parachutisme de loisirs, ULM, saut à l'élastique, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautique.**

# Contrôle médical

Les déclarations de l'employeur et, le cas échéant des participants, conditionnent les termes du contrat et l'engagement de l'organisme assureur qui peut soumettre ces déclarations à l'appréciation d'un médecin qu'elle désigne.

Lors de la demande de prestations et à toute époque durant le versement des prestations, l'organisme assureur peut diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de l'état du participant (le niveau d'incapacité temporaire ou d'invalidité/incapacité permanente) ainsi que la régularité du montant des prestations. L'appréciation de l'état du participant à l'occasion de la procédure du contrôle médical décrite au présent article peut aboutir à des conclusions différentes de celles de la Sécurité sociale, notamment au regard de la catégorie d'invalidité retenue. Dans ce cas, la décision de la Sécurité sociale ne lie pas l'organisme assureur.

Le participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'organisme assureur juge utile de lui demander pour apprécier son état. Les frais du contrôle médical sont à la charge de l'organisme assureur dans les conditions communiquées par l'organisme assureur au participant.

Le participant est tenu de se soumettre à ce contrôle médical sous peine de suspension des droits à prestations, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'organisme assureur relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation du versement des prestations, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose au participant sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise.

La décision est notifiée au participant par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par le participant des conclusions du médecin désigné par l'organisme assureur doit être adressée par lettre recommandée à l'organisme assureur dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'organisme assureur. Dans cette hypothèse, il est procédé à une nouvelle expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par le participant et l'organisme assureur, à partir de la liste de médecins experts proposés par l'organisme assureur. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du participant.

Les conclusions de cette seconde expertise sont opposables et s'imposent à l'organisme assureur et au participant, sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base, ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise. L'organisme assureur et le participant supportent par moitié les frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin.

Tant que cette seconde expertise n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Enfin, dans toutes les phases de la procédure visée au présent article, le participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. Dans ce cas, les honoraires de ce dernier sont à la charge du participant.

## Justificatifs à fournir

L'employeur adresse au centre de gestion de l'organisme assureur, dans le délai mentionné, la demande de prestations en cas d'arrêt de travail accompagnée de tout ou partie des pièces suivantes :

- décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale et/ou les justificatifs attestant d'un temps partiel thérapeutique,
- déclaration de l'employeur mentionnant le montant des rémunérations pour la période définie par le salaire de référence ; sur demande de l'organisme assureur la copie des bulletins de salaire.
- en cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection que celle ayant donné lieu à l'arrêt de travail initial.
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente établie par la Sécurité sociale lors de l'ouverture des droits.

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

- transmet copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation,
- apporte la preuve à l'organisme assureur, que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation lui a bien été remis par le participant dans le délai prévu à l'article R.321.2 du code de la Sécurité sociale, le cachet de la poste sur l'enveloppe d'envoi ou l'attestation écrite de l'employeur faisant foi,
- en cas de prolongation, le participant doit apporter la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant.

## Pluralité de sinistres

En cas de pluralité d'incapacités temporaires de travail ou d'invalidités, incapacités permanentes ayant pour origine un même événement à caractère accidentel ou non, survenu ou non à l'occasion d'un déplacement professionnel ou privé, effectué ou non dans le même appareil de transport, l'employeur doit déclarer à l'organisme assureur, lors de la demande de prestations, l'événement ou les circonstances à l'origine de la pluralité de sinistres.

# Dispositions générales

## Début des garanties

- À la date de prise d'effet du présent contrat d'adhésion ou des avenants s'y rapportant s'il fait partie de la catégorie de personnel,
- à compter de sa date d'embauche, au sein de la catégorie de personnel, postérieurement à la date d'effet du contrat collectif de prévoyance complémentaire,
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel.

## Suspension des garanties

Sauf application des dispositions en cas de maintien des garanties, la suspension du contrat de travail du participant entraîne celle des garanties.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle du participant dans l'entreprise adhérente et s'achève dès sa reprise effective du travail au sein de la catégorie assurée, sous réserve que l'organisme assureur en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

A défaut, la date de remise en vigueur des garanties pour le participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informée de la reprise effective du travail. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant.

## Cessation des garanties

- À l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de rupture du contrat de travail lorsque le participant ne perçoit pas de prestations de la Sécurité sociale et/ou complémentaires de l'organisme assureur et/ou sous réserve des dispositions de maintien (dans ce dernier cas la garantie cesse d'être accordée lorsque la période de portabilité prend fin) ;
- à la date où le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du participant (sauf s'il bénéficie d'un dispositif de cumul emploi-retraite) ;
- au décès du participant ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du présent contrat (sauf mise en œuvre du maintien de la garantie décès).

## Maintien des garanties

### En cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant :

- dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que pendant cette période, il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ;
- en arrêt de travail tant que l'intéressé perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale ou complémentaires (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail) ;
- dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'il bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
  - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
  - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

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

Le maintien des garanties est assuré au participant concerné pendant la durée du contrat d'adhésion :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail intervenant durant l'exécution du présent contrat, tant que le participant perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale et/ou complémentaires (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail) sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

## Exonération des cotisations

En cas d'arrêt total de travail d'un participant, la cotisation relative aux garanties souscrites n'est plus due au terme de la période de franchise prévue pour le service des indemnités journalières, sans tenir compte de la réduction éventuelle de cette franchise en cas d'accident du travail, maladie professionnelle ou d'hospitalisation, et ce, pendant toute la durée de versement des prestations. L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'entreprise adhérente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Formalités de déclaration

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

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

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

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

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

## Salaire de référence

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

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



## Incapacité de travail

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

## Païement des prestations

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

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

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

Les garanties en cas de décès sont maintenues durant la période de versement des prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité/ d'incapacité permanente au participant, dans les conditions prévues au titre de chaque garantie. Bénéficiaire de ce maintien, les seuls participants percevant des prestations complémentaires (indemnités journalières pour maladie ou accident ou rente d'invalidité, d'incapacité permanente) versées au titre d'un contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur auprès de l'organisme assureur ou d'un autre organisme assureur.

Ne sont pas assimilées à des prestations complémentaires de l'organisme assureur, les revalorisations des prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité / d'incapacité permanente d'un précédent organisme assureur de l'employeur, versées par l'organisme assureur à l'exclusion de toutes indemnités journalières complémentaires pour maladie ou accident et/ou toutes rentes d'invalidité / d'incapacité permanente complémentaires

## Définition du conjoint, concubin

### Définitions du conjoint et du concubin pour les garanties assurées par AG2R Prévoyance

#### Conjoint

– Le conjoint est défini comme étant soit la personne légalement mariée au participant non séparée de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation, soit le partenaire du participant lié par un pacte civil de solidarité (PACS) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement donnant lieu à prestations.

#### Concubin

– Par concubin on entend la personne qui est en mesure de prouver qu'elle partageait la vie de l'assuré en produisant un document tel que taxe d'habitation commune ou une quittance commune de loyer ou une attestation de vie commune. Pour la dévolution du capital décès selon la désignation par défaut, le concubin, même nommément déclaré à l'organisme assureur, ne peut pas être assimilé au conjoint. Par conséquent, si le participant souhaite affecter le bénéfice du capital décès à son concubin, il devra le faire en effectuant une désignation particulière à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet et fourni par l'organisme assureur.

### Définitions du conjoint, partenaire de PACS et concubin pour la garantie assurée par l'OCIRP

#### Conjoint

– Le conjoint est défini comme étant la personne légalement mariée au participant non séparée de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

#### Partenaire de PACS

– Le partenaire de PACS est le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) valablement conclu et en vigueur à la date de l'événement donnant lieu à prestations.



## Concubin

- Par concubin on entend la personne vivant en couple avec l'assuré, au moment de l'événement ouvrant droit à garantie, dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code Civil, s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans. Cette durée n'est pas exigée si 1 enfant reconnu des 2 parents est né ou a été adopté de l'union.

## Définition des enfants à charge

### Définition d'enfant à charge pour les garanties assurées par AG2R Prévoyance

Sont réputés à charge du participant, les enfants dont la filiation avec celui-ci (y compris adoptive) est légalement établie, ainsi que ceux de la personne mariée au participant non séparée de corps judiciairement, de son partenaire lié par un PACS valablement conclu et en vigueur ou de son concubin notoire, à condition pour le participant ou son époux(se), partenaire de PACS ou concubin(e) d'en avoir la garde ou de participer effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant, si ce dernier est le parent,
- âgés de moins de 18 ans,
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au RSA,
- âgés de moins de 27 ans, s'ils poursuivent leurs études,
- âgés de plus de 21 ans et de moins de 27 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée leur procurant un revenu supérieur au RSA, et :
  - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi,
  - ou sont sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation (formation et insertion en alternance),
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints, avant leur 26<sup>e</sup> anniversaire, d'une incapacité permanente et sous réserve qu'ils perçoivent à ce titre l'allocation pour adulte handicapé et qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (ou de la carte de mobilité inclusion portant la mention invalidité).

### Définition d'enfant à charge pour la garantie assurée par l'OCIRP

Sont considérés pour la garantie "rente d'éducation" comme enfant à charge, indépendamment de la position fiscale :

- 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.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans, sans condition.
- âgés de moins de 26 ans, 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 1<sup>er</sup> emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un ESAT (Etablissement et service 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 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil (ou de mobilité inclusion portant la mention invalidité), sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du parent participant.

## Salaire de référence

Le salaire annuel de base servant au calcul des prestations est égal au salaire brut, hors avantages en nature, limité aux tranches fixées contrat d'adhésion et ayant servi d'assiette pour le calcul des cotisations au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois de l'événement ouvrant droit à prestations (décès ou arrêt de travail).

Lorsque la période de référence n'est pas complète (notamment si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement ouvrant droit à prestations), le salaire de base est annualisé à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés aux organismes sociaux.

En période de suspension du contrat de travail du participant donnant lieu à maintien de garanties, l'assiette des prestations à prendre en compte est reprécisée à l'article « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ».

## Païement des prestations

### En cas d'arrêt de travail

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale à l'employeur, et au participant dès sa radiation des effectifs.

Les rentes complémentaires d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées au participant, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, trimestriellement à terme échu, le premier et le dernier paiement pouvant ne comprendre qu'un prorata de rentes.

Les prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou d'incapacité permanente sont versées notamment en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale.

### En cas de décès

Les prestations sont réglées dans un délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution du dossier, sous réserve des dispositions prévues pour le règlement des rentes éducation.

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

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

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

## Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

# Revalorisation

## Revalorisation des prestations en cours de versement

Sont revalorisables les rentes éducation, les prestations d'incapacité temporaire, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente.

Le taux de revalorisation sont déterminés chaque année par les Conseil d'Administration respectifs des organismes assureurs en fonction des garanties assurées.

Ces revalorisations prennent effet le premier jour du mois suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations servies par l'organisme assureur, à savoir :

- l'arrêt de travail dans le cas de prestations servies au titre de la garantie "incapacité temporaire " ou "invalidité et incapacité permanente",
- la mise en invalidité ou en incapacité permanente si celle-ci n'a pas été précédée d'une période d'incapacité temporaire,
- le décès du participant dans le cas des prestations rentes éducation.

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

## Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ;
  - soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.
- Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

## Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le participant, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

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

# Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux participants exerçant leur activité sur le territoire français. Les garanties souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier pour les participants dont les séjours n'excèdent pas trois mois et pour le personnel détaché par l'employeur et bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations sont payées en euros.

# Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties Décès, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

# Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire (notamment les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente), l'organisme assureur est subrogée, jusqu'à concurrence du montant des dites prestations, dans les droits et actions du participant ou de ses ayants-droit, contre les tiers responsables.

# Réclamations - Médiation

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

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

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

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

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

# Échanges dématérialisés

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

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour l'employeur et le participant depuis le site [www.ag2rlamondiale.fr](http://www.ag2rlamondiale.fr) avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'employeur ou le participant (ou renseignée par l'employeur sur l'Espace Client le cas échéant) ;
- et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'employeur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Protection des données à caractère personnel

### Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Quels sont les droits et comment les exercer ?

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

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

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

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

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

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

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

## Autorité de contrôle

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

# Mes services

## Découvrez notre application mobile « service client »

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

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

## La Foire aux Questions (FAQ)

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

## Les numéros de service client

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

## La disponibilité du service client

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

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

## Faites-vous rappeler !

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

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : [inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/](http://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/)

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

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

# L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

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

## Santé

Complémentaire santé  
Sur-complémentaire santé

## Assurance de biens

Assurance auto  
Assurance habitation

## Prévoyance

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

## Autres produits

Santé animaux  
Crédit

## Épargne

Constitution d'un capital  
Transmission d'un patrimoine

## Retraite

Revenus à vie

## Engagement sociétal

Services à la personne  
Conseil social

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

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