



AG2R LA MONDIALE

Conditions Générales des Garanties en cas d'Arrêt de Travail

AG2R REUNICA Prévoyance – 07/2017

SOMMAIRE

Page

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 / Objet du contrat	3
Article 2 / Définition du participant	3
Article 3 / Date d'effet - Renouvellement du contrat - Résiliation	3
Article 4 / Entrée en vigueur des garanties	3
Article 5 / Modalités d'affiliation	3
Article 6 / Suspension - Cessation des garanties	4
Article 7 / Maintien des garanties	4
Article 8 / Cotisations	5
Article 9 / Salaire de référence	6
Article 10 / Révision du contrat	6
Article 11 / Contrôle médical	6
Article 12 / Mentions légales	6

CHAPITRE II : DEFINITIONS DES GARANTIES

Article 13 / Garantie Arrêt de travail pour maladie ou accident	7
Article 14 / Garantie arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle	8
Article 15 / Garantie Maintien de salaire	8
Article 16 / Exclusions	8

CHAPITRE III : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 / Formalités à accomplir	9
Article 18 / Paiement des prestations	9
Article 19 / Revalorisation des prestations	9
Article 20 / Litiges judiciaires	9

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 / OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est régi par le livre IX du code de la Sécurité sociale et notamment les articles L 932-1 et suivants. Il relève des branches 1 (accident) et 2 (maladie).

Il est conclu entre :

- d'une part l'entreprise désignée aux conditions particulières, ci-après dénommée "l'adhérente",
- d'autre part AG2R REUNICA PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, ci-après dénommée "l'institution".

Par la signature de ce contrat, l'adhérente souscrit tout ou partie des garanties suivantes :

- arrêt de travail pour maladie ou accident
- incapacité temporaire de travail
- invalidité
- arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle
- maintien de salaire

Le contrat est constitué :

- **des présentes conditions générales** définissant les modalités de fonctionnement du contrat,
- **des conditions particulières**, précisant notamment les garanties souscrites et les catégories de personnel assurées,
- et le cas échéant, **des avenants et/ou autres annexes**,

le tout formant un ensemble indissociable.

L'adhérente, conformément à l'article L 932.6 du code de la Sécurité sociale, est tenue sous sa seule responsabilité de remettre aux participants un exemplaire de la notice d'information établie par l'institution, de les informer par écrit de toute modification apportée aux garanties en cours de contrat et de se ménager la preuve de la remise de la notice d'information.

ARTICLE 2 / DEFINITION DU PARTICIPANT

A la qualité de participant, le salarié de l'adhérente inscrit au registre du personnel, affilié à un régime de Sécurité sociale français et relevant d'une catégorie de personnel définie aux conditions particulières.

ARTICLE 3 / DATE D'EFFET - RENOUELEMENT DU CONTRAT - RESILIATION

Le contrat ouvre droit à garantie à la date d'effet dont il porte mention, sous réserve de sa signature par les deux parties et de la production par l'entreprise des pièces prévues à l'article 5. Si le contrat n'est pas signé et envoyé par l'entreprise dans les 60 jours suivant la date d'effet, l'institution ne sera tenue d'aucun engagement et le contrat réputé nul et non avenue, tant à l'égard des salariés que de l'entreprise. La charge de la preuve de l'envoi du contrat signé dans le délai de 60 jours incombe à l'entreprise.

Le contrat est souscrit pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile.

Le contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée adressée à l'autre partie avant le 1er novembre de l'année en cours, sans préjudice, le cas échéant, des dispositions prévues à l'article 8 en cas de risque aggravé.

Procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérente

La garantie subsiste, moyennant paiement des cotisations, en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérente.

L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'institution conservent le droit de résilier le présent contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires.

La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

ARTICLE 4 / ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 3 alinéa premier, les garanties telles que définies au chapitre II, prennent effet :

- à la date d'effet du contrat pour les participants inscrits au registre du personnel à cette date,
- à la date d'embauche, si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

ARTICLE 5 / MODALITES D'AFFILIATION

L'affiliation des participants appartenant aux catégories de personnels mentionnées aux conditions particulières présente un caractère obligatoire.

L'adhérente doit avoir accompli ou doit accomplir les formalités de mise en place du régime de prévoyance, conformément à l'une des modalités prévues par l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale (accord collectif, accord ratifié à la majorité des salariés intéressés, décision unilatérale).

Les déclarations de l'adhérente et le cas échéant des participants, conditionnent les termes du contrat où sont notamment précisés les catégories de personnels assurés, les garanties retenues, les taux et assiettes de cotisations, les niveaux de prestations.

a) Pour la souscription du contrat, l'adhérente s'engage à fournir :

- l'annexe déclarative qu'elle renseigne, date et signe, cette annexe portant mention, le cas échéant, des personnels ou anciens membres du personnel (1) en arrêt de travail indemnisés par le régime de Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, accident du travail/maladie professionnelle, invalidité à la date d'effet du contrat ; cette déclaration doit également être effectuée par l'adhérente lorsque l'arrêt de travail n'ouvre pas droit à garantie au titre du présent contrat.

(1) Les personnels ou anciens membres du personnel en temps partiel thérapeutique doivent également être déclarés.

Cette annexe devra être actualisée en tenant compte de la situation à la date d'effet du contrat.

L'entreprise s'engage également à déclarer, les anciens membres du personnel qui, à la date d'effet du contrat, bénéficient d'un maintien de garanties au titre du dispositif de portabilité, qu'ils soient en arrêt de travail ou pas.

- Sur demande de l'institution, l'adhérente s'engage à fournir la liste du personnel concerné par les garanties souscrites comprenant les nom, prénom, date de naissance, situation de famille, salaire annuel.

b) En cours de contrat, l'adhérente s'engage à :

- affilier l'ensemble des salariés nouvellement embauchés ou promus répondant à la définition des catégories de personnels mentionnées aux conditions particulières; accomplir les formalités administratives ; transmettre à l'institution s'il y a lieu les questionnaires médicaux correspondants,
- informer l'institution dans un délai d'un mois, du nom des salariés et de la date à laquelle ceux-ci ne font plus partie de l'effectif de l'entreprise ou ne répondent plus à la définition des catégories de personnels assurés,

- fournir chaque fin d'année un état récapitulatif des participants mentionnant leur situation de famille, leur adresse et leur traitement déclaré à l'administration fiscale ou au régime de Sécurité sociale.
- régler les cotisations à leur échéance suivant les modalités fixées à l'article 8.
- informer l'institution de toute circonstance nouvelle constitutive d'un risque aggravé au sens de l'article 8 dans les deux mois de sa survenance.
- en cas d'ajout d'une nouvelle garantie, fournir une annexe déclarative telle que définie au paragraphe a) ci-dessus et toutes pièces demandées par l'institution.
- informer l'institution de toute situation d'incapacité, invalidité ou décès survenant en cours de contrat dans un délai de 6 mois suivant l'événement, même si ce dernier ne donne pas droit à garantie.

ARTICLE 6 / SUSPENSION - CESSATION DES GARANTIES

Sauf application des dispositions de l'article 7, la suspension du contrat de travail du participant entraîne celle des garanties.

Sauf application des dispositions de l'article 7, le droit à garantie cesse à la date de rupture du contrat de travail du participant ou à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du présent contrat, et en tout état de cause, au décès du participant.

ARTICLE 7 / MAINTIEN DES GARANTIES

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

- dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à la date d'effet du présent contrat, pour congé ou absence, dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ;
- dont la date initiale d'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'effet du présent contrat et qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du présent contrat et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident ou de l'invalidité, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

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

Lorsque le participant perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire de l'institution, les cotisations patronales et salariales finançant le présent contrat restent dues sur la base du salaire réduit.

En outre, et sauf dispositions particulières prévues au niveau de chaque garantie pour les participants en situation de cumul emploi-traité, le maintien de garantie et l'exonération des cotisations cessent dès la survenance de l'un des événements suivants :

- suspension ou cessation des prestations en espèces de la Sécurité sociale;
- date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant ;
- décès du participant ;
- date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du présent contrat.

Portabilité des garanties après cessation du contrat de travail

Les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des

garanties du présent contrat, bénéficient du maintien de ces garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime de prévoyance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

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

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions. Lorsque la garantie « maintien de salaire » visée à l'article 15 est expressément prévue au contrat, cette garantie n'est pas maintenue.

Durée / Limites

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'adhérente (cf les formalités de déclaration ci-après), le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du participant et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

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

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.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indûment sera mise en œuvre.

Formalités de déclaration

L'adhérent et/ou le participant doivent :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent contrat dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'institution de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, 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'institution 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'Institution 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,
- le décès de l'ancien salarié.

Salaires de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini aux conditions particulières du contrat pour les garanties souscrites ou à défaut à l'article 9, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de cessation du contrat de travail.

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

Incapacité de travail

Lorsque la garantie incapacité de travail est expressément prévue au contrat, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du contrat. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle le participant ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due au participant n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Paiement des prestations

L'ancien salarié adresse à son centre de gestion les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies au présent contrat. Devront en outre être produits, s'ils ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage. Les prestations seront versées directement au participant.

ARTICLE 8 / COTISATIONS

Assiette des cotisations

Sauf dispositions dérogatoires précisées aux conditions particulières, les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire brut sur la base des assiettes suivantes :

- Tranche A : partie du salaire brut dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B : partie du salaire brut excédant la Tranche A, dans la limite de 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si les conditions particulières le prévoient expressément, l'assiette des cotisations peut être étendue à la tranche C :

- Tranche C : partie du salaire brut excédant la tranche B, dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Les assiettes et taux de cotisations sont précisés aux conditions particulières.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de Sécurité Sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération de cotisations de Sécurité Sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations, le 13^{ème} mois, la prime de vacances, l'indemnité de préavis et les gratifications.

Toutefois, ne sont pas prises en compte dans l'assiette des cotisations, les avantages en nature et les revenus du capital (notamment stock-options), ainsi que les sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non concurrence).

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables à terme échu et sont versées dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

L'adhérente est seule responsable du paiement des cotisations. Elle est tenue de fournir, à la demande de l'institution, tous les éléments concernant les participants nécessaires au calcul des cotisations. Les déclarations de l'adhérente engagent sa responsabilité dans les termes du droit commun.

En fin de trimestre ou d'exercice civil, l'institution adresse à l'adhérente les bordereaux d'appel des cotisations (trimestriels et annuel) qu'elle complète et retourne dans le délai mentionné sur le bordereau. A défaut de délai précisé sur le bordereau d'appel, l'adhérente le retournera dans le délai d'un mois pour les bordereaux trimestriels et de deux mois pour le bordereau annuel.

En cas de non paiement des cotisations dans les 10 jours de l'échéance fixée, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérente. L'institution peut dénoncer le

contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. Le contrat non résilié reprend ses effets conformément aux dispositions de l'article L 932-9 du code de la Sécurité sociale.

Tout impôt ou taxe, charges ou cotisations ou contributions sociales afférents au contrat, existants ou établis postérieurement à sa date d'effet, sont à la charge de l'adhérente et/ou du participant.

Révision des cotisations

a) Révision annuelle

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil pour tous les contrats prévoyant l'une ou plusieurs des garanties définies aux conditions générales et particulières, avenant et annexe du contrat, avec un préavis de 2 mois de l'institution.

La révision des cotisations est établie en fonction de l'évolution de l'équilibre global des garanties du portefeuille de prévoyance collective de l'institution en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité sauf clause particulière qui s'appliquerait au contrat.

Les nouvelles cotisations sont entérinées par avenant au contrat qui fixe le nouveau taux applicable au 1^{er} janvier de l'exercice civil de reconduction du contrat.

b) Risque aggravé

Notion de risque aggravé :

Il y a aggravation du risque en cas de survenance de circonstances nouvelles telles qu'énumérées à l'alinéa suivant, dès lors que si ces circonstances avaient été connues de l'Institution lors de la souscription du contrat, celle-ci n'aurait pas été acceptée par l'Institution ou n'aurait été acceptée que moyennant une majoration des cotisations.

Les circonstances nouvelles constituant un risque aggravé sont les suivantes :

- licenciement à caractère collectif (Plan de sauvegarde de l'Emploi,...) ;
- tout recours exceptionnel à un emploi massif de contrats à durée déterminée qui augmenterait de plus de 20 % la part de ces salariés dans l'effectif global pendant une période supérieure à 3 mois ;
- en cas d'embauche, en cours de contrat, d'un salarié présentant un risque aggravé de santé.

En cours de contrat, ces circonstances nouvelles sont déclarées par l'adhérente conformément aux dispositions du b) de l'article 5.

Effet du risque aggravé :

- Les cotisations peuvent être révisées par l'Institution en cours d'année. La révision des cotisations est notifiée à l'adhérente, avec application d'un préavis de 2 mois.

Lorsque l'adhérente s'oppose avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois précité, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié à l'expiration de ce délai.

À défaut d'opposition notifiée par l'adhérente sur la révision avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées. Les nouvelles cotisations sont formalisées par avenant au contrat.

- Le cas échéant, l'institution peut également modifier les garanties en cours d'année, conformément à l'article 10 b).

- **L'Institution se réserve le droit de résilier le contrat en cours d'année, moyennant un délai de préavis de 2 mois.**

c) Modifications législatives ou réglementaires

Le cas visé à l'article 10 c) échéant, l'institution peut réviser les cotisations dans les délais institués par les modifications législatives ou réglementaires en cause.

ARTICLE 9 / SALAIRE DE REFERENCE

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies par l'institution. Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises aux cotisations du présent contrat, dans la limite des tranches de salaire fixées aux conditions particulières pour le calcul des cotisations, au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail initial.

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

ARTICLE 10 / REVISION DU CONTRAT

a) En cours de contrat, l'adhérente peut demander la modification des garanties. Le cas échéant, les nouvelles conditions prennent effet au 1er jour d'un mois civil et sont entérinées par avenant au contrat auquel s'appliquent les dispositions de l'article 3 alinéa premier. Les modifications des garanties sont applicables aux participants tels que définis à l'article 2 qui, à la date d'effet des nouvelles conditions, ne sont pas en arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité.

b) En cas de risque aggravé tel que défini à l'article 8, l'Institution se réserve le droit de modifier les garanties en cours d'année. La modification des garanties est notifiée à l'adhérente, avec application d'un préavis de 2 mois.

Lorsque l'adhérente s'oppose avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois précité, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié à l'expiration de ce délai.

À défaut d'opposition notifiée par l'adhérente sur la modification des garanties avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois, le contrat est reconduit sur la base des garanties modifiées. Les nouvelles garanties sont formalisées par avenant au contrat.

c) En outre, lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient modifier la portée des engagements de l'institution, cette dernière procèdera à la révision des conditions des garanties souscrites.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles dispositions contractuelles, les garanties restent acquises sur la base du contrat en cours.

ARTICLE 11 / CONTROLE MEDICAL

Les déclarations de l'adhérente et, le cas échéant des participants, conditionnent les termes du contrat et l'engagement de l'institution 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'institution peut diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de l'état du participant (le niveau d'incapacité ou d'invalidité) ainsi que la régularité du montant des prestations.

Le participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'Institution juge utile de lui demander pour apprécier son état. Les frais du contrôle médical sont à la charge de l'Institution dans les conditions communiquées par l'Institution 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'Institution 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'institution doit être adressée par lettre recommandée à l'institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'institution. Dans cette hypothèse, il est procédé à une nouvelle expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par le participant et l'Institution, à partir de la liste de médecins experts proposés par l'Institution. 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'institution 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'Institution 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.

ARTICLE 12 / MENTIONS LEGALES

Prescriptions

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fauss e ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

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 d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée soit à l'adhérente par l'institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'institution par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Réclamations - médiation

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R REUNICA PREVOYANCE - Direction de la Qualité— 104-110 Boulevard Haussmann 75379 PARIS Cedex 08.

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

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations du Groupe AG2R LA MONDIALE visées aux alinéa précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérés 75008 Paris.

Informatique et libertés / Lutte contre la fraude

Les données à caractère personnel traitées par l'Institution sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres du

Groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de la part des bénéficiaires, les informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de la part des bénéficiaires, l'Institution pourrait ne pas être en mesure de donner suite à leur demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de leur contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé au Groupe AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rmondiale.fr.

En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Contrôle

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

CHAPITRE II DEFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 13 / GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE OU ACCIDENT

Lorsque le participant est en arrêt de travail pour maladie ou accident dont la date initiale d'arrêt est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties, l'institution verse une prestation selon les dispositions prévues aux articles 13.1 et 13.2 suivants et aux conditions particulières.

Les garanties incapacité de travail et/ou invalidité souscrites par l'adhérente sont précisées aux conditions particulières.

Outre l'application des dispositions de l'article 6, les garanties incapacité de travail et/ou invalidité cessent à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant. (1)

13.1 Période d'incapacité temporaire de travail

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle, ayant entraînée l'arrêt de travail du participant, dont la date initiale est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties, et constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (Livre III - Titre II du code de la Sécurité sociale).

Les prestations de l'institution sont des indemnités journalières complémentaires versées à l'expiration d'une franchise définie aux conditions particulières, au participant qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, sous réserve du contrôle médical éventuel visé à l'article 11 et dans les limites prévues aux conditions particulières.

Elles sont calculées sous déduction des indemnités journalières brutes de la Sécurité sociale, des autres ressources que le participant perçoit (notamment salaire temps partiel, allocations Pôle Emploi) et dans la limite du salaire net d'activité ou éventuellement

du revenu de remplacement tel que défini aux conditions particulières.

En outre, au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'Institution, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation défini aux conditions particulières lorsque cette prestation est versée directement au participant.

Lorsque des majorations pour enfant à charge sont prévues aux conditions particulières, la définition de l'enfant à charge est celle retenue au sens fiscal.

Les indemnités journalières de l'institution 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'institution réduit ses indemnités journalières complémentaires à due concurrence.

Le versement des indemnités journalières de l'institution cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décision de l'institution en vertu du contrôle médical visé à l'article 11,
- au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant, (1)
- au décès du participant.

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

Rechute

En cours de contrat, les cas de rechute sont pris en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection. Dans ce cas, la franchise n'est pas applicable, à condition que la rechute survienne 90 jours au plus après la reprise du travail et que l'incapacité temporaire de travail provoquée par la rechute soit éligible aux prestations des présentes conditions générales. La rechute s'entend par l'arrêt de travail pour maladie ou accident non soumis à franchise, dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, ceci étant justifié par un certificat médical.

13.2 Période d'invalidité

Est garantie l'invalidité du participant correspondant à la catégorie d'invalidité souscrite aux conditions particulières et justifiée par une notification de classement dans la même catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale, lorsque la date initiale de l'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties.

Les catégories d'invalidités garanties sont souscrites aux conditions particulières parmi les catégories suivantes :

- invalidité 1ère catégorie : participant invalide capable d'exercer une activité rémunérée.
- invalidité 2ème catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit.
- invalidité 3ème catégorie : participant invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La prestation de l'institution est une rente d'invalidité dont le montant est déterminé sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale, des autres ressources que le participant perçoit (notamment salaire temps partiel, allocations Pôle Emploi, pension de retraite) et dans la limite du salaire net d'activité ou du revenu de remplacement tel que défini aux conditions particulières.

En outre, au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'Institution, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation défini aux conditions particulières lorsque cette prestation est versée directement au participant.

En cas d'activité réduite du participant, le montant de la rente est calculé comme précédemment avec prise en compte du salaire temps partiel qu'il reçoit.

Lorsque des majorations pour enfant à charge sont prévues aux conditions particulières, la définition de l'enfant à charge est celle retenue au sens fiscal.

Sous réserve du contrôle médical éventuel visé à l'article 11, la rente est versée au participant percevant une pension d'invalidité de même catégorie de la Sécurité sociale. 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 et également dès la survenance de l'un des événements suivants : décision de l'institution en vertu du contrôle médical visé à l'article 11, date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de Sécurité sociale, date du décès du participant.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, le droit à indemnisation au titre de l'invalidité prévue aux conditions particulières est maintenu au participant percevant des indemnités journalières de l'institution, 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.

ARTICLE 14 / GARANTIE ARRET DE TRAVAIL POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

La garantie souscrite par l'adhérente est précisée aux conditions particulières.

14.1 Incapacité temporaire de travail professionnelle

Lorsque l'incapacité temporaire de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle admis comme tel par le régime de Sécurité sociale, les indemnités journalières de l'institution sont déterminées de sorte que le total de ses prestations et de celles de la Sécurité sociale n'excède pas le total des prestations que le participant aurait perçues sous le risque maladie, tant du régime de Sécurité sociale que de l'institution.

Les indemnités journalières de l'institution sont versées dans les conditions prévues aux articles 13 et 13.1.

14.2 Incapacité permanente professionnelle

Lorsque le participant victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle perçoit à ce titre de la Sécurité sociale une pension calculée en fonction d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 66%, la prestation de l'institution est une rente d'invalidité dont le montant est déterminé par la différence entre :

- d'une part, le cumul d'une pension d'invalidité 2ème catégorie brute de la Sécurité sociale et des prestations versées dans les conditions prévues à l'article 13.2,

- d'autre part, le cumul du montant brut de la pension effectivement versée par la Sécurité sociale, et éventuellement de la rémunération de l'activité partielle du participant perçue au cours de la période de prestations.

Lorsque le participant victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle perçoit à ce titre de la Sécurité sociale une pension calculée en fonction d'un taux d'incapacité permanente compris entre 33% inclus et 66%, la prestation de l'institution correspond au pourcentage du salaire de référence précisé aux conditions particulières sous déduction de la pension d'invalidité brute 2ème catégorie de la Sécurité sociale reconstituée, multiplié par un coefficient égal à 3/2N. N est le taux d'incapacité permanente attribué au participant par la Sécurité sociale.

La rente d'invalidité de l'institution est versée dans les conditions et limites prévues à l'article 13.2.

ARTICLE 15 / GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

La garantie souscrite par l'adhérente est précisée aux conditions particulières.

En cas d'incapacité temporaire de travail des salariés, la garantie maintien de salaire couvre partiellement ou en totalité les obligations légales ou conventionnelles déclarées par l'adhérente en matière de maintien de salaire. L'incapacité temporaire de travail est définie à l'article 13.1.

Les prestations de l'institution sont des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale et sont accordées sous déduction de ces dernières.

Le niveau et la durée de service des prestations de l'institution sont précisés aux conditions particulières du contrat.

Pour la mise en œuvre de la garantie «maintien de salaire», l'ensemble des dispositions des présentes conditions générales s'appliquent à l'exception de celles visées ci-après qui font l'objet des dispositions suivantes :

Salaire de référence

Le salaire servant de base de calcul aux prestations de l'institution est le salaire prévu à l'accord de maintien de salaire porté aux conditions particulières. A défaut, le salaire de référence est celui prévu à l'article 9 supra.

Limitations

En cas de couverture de l'obligation légale de maintien de salaire prévue à l'article L.1226-1 du code du travail, la garantie est accordée sous réserve qu'au titre de la maladie ou de l'accident justifiant l'arrêt de travail, le participant séjourne dans un des Etats membres de l'Union Européenne et qu'il perçoive une indemnisation du régime de Sécurité sociale française.

Versement, suspension, cessation des prestations – Résiliation

Les prestations de l'institution sont versées dans la limite de la durée d'indemnisation prévue aux conditions particulières. Elles sont réduites, suspendues ou cessent quand la Sécurité sociale réduit, suspend ou cesse le versement de ses propres prestations.

Les prestations de l'institution cessent également d'être versées dès la survenance de l'un des événements suivants : décision de l'institution en vertu du contrôle médical prévu à l'article 11, au terme de la période contractuelle d'indemnisation en cours ; en cas de cessation du contrat de travail du salarié ou en cas de résiliation du présent contrat.

Il n'est pas fait application des dispositions des articles 7, 18 dernier alinéa et 19.

ARTICLE 16 / EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis :

- les conséquences d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère,
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique,
- les conséquences d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques,
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

CHAPITRE III REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 17 / FORMALITES A ACCOMPLIR

Délai de déclaration

Les arrêts de travail pour accident ou maladie tels que visés aux articles 13, 14 et 15 doivent être déclarés à l'Institution par l'adhérente dans un délai de 6 mois à compter de leur survenance, en adressant les pièces énumérées au paragraphe « Pièces à fournir » ci-après.

Sauf cas de force majeure, en cas de déclaration adressée à l'Institution au-delà de ce délai de 6 mois, le service des prestations ne prendra effet qu'à compter de la date d'envoi de la déclaration effective (c'est-à-dire sans indemnisation par l'Institution de la période antérieure à cette date d'envoi).

Pièces à fournir

L'adhérente adresse au centre de gestion de l'institution, dans le délai mentionné au paragraphe précédent, 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,
- déclaration de l'adhérente mentionnant le montant des rémunérations ayant donné lieu à cotisations au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ; sur demande de l'institution 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 pension d'invalidité ou de rente d'incapacité professionnelle permanente établie par la Sécurité sociale lors de l'ouverture des droits.

En outre, sur demande de l'institution, l'adhérente :

- transmet copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation,
- apporte la preuve à l'institution, 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'adhérente 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.

L'institution peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande de prestations et en cours de règlement des prestations.

Sans préjudice des dispositions de l'article 11 et des dispositions du paragraphe précédent « Délai de déclaration », le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation en cours. A défaut, l'institution ne procédera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

Pluralités de sinistres

En cas de pluralité d'incapacités de travail ou d'invalidités 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'adhérente doit déclarer à l'institution, lors de la demande de prestations, l'événement ou les circonstances à l'origine de la pluralité de sinistres.

ARTICLE 18 / PAIEMENT DES PRESTATIONS

Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont versées après réception des éléments justificatifs du régime de Sécurité sociale : à l'adhérente

pour le compte du participant tant que son contrat de travail est en vigueur ; directement au participant après la cessation de son contrat de travail.

En cours de versement des prestations, l'adhérente est tenue de déclarer à l'institution les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières que la Sécurité sociale aura mis en œuvre dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié, réalisé soit directement par la Sécurité sociale soit dans l'exercice du droit de contre visite de l'employeur.

Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès du participant.

Rente d'invalidité

La rente d'invalidité est versée par mois civil à terme échu et, en cas de décès, avec paiement prorata temporis.

Règlement des prestations

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

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

Subrogation

En application de l'article L 931-11 du code de la Sécurité sociale, en cas de paiement des prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'institution est subrogée au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que l'institution a supportées, conformément aux dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relative au recours contre tiers en assurances de personnes.

Résiliation ou non renouvellement du contrat

Sans préjudice de l'application des présentes conditions générales, l'institution poursuit le versement des indemnités journalières ou rentes acquises ou nées durant l'exécution du contrat au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement.

ARTICLE 19 / REVALORISATION DES PRESTATIONS

En cours de contrat, les prestations sont revalorisées sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC, dans la limite de 90% du rendement de l'actif général de l'institution, déduction faite des charges d'intérêt technique.

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. Le cas échéant, l'adhérente prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite de ces revalorisations.

ARTICLE 20 / LITIGES JUDICIAIRES

Tous litiges judiciaires entre l'adhérente et/ou le participant et l'Institution, sont, de convention expresse entre les parties au présent contrat, portés à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'Institution.

AG2R REUNICA PREVOYANCE CG AT 07 / 2017