



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance

Convention collective nationale de l'Immobilier
[Brochure n° 3090]

Formule 1

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2023

Personnel non 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
Justificatifs à fournir.....	7
Arrêt de travail.....	9
Objet de la garantie.....	9
Contenu de la garantie.....	9
Contrôle médical.....	10
Justificatifs à fournir.....	11
Dispositions générales.....	13
Début des garanties.....	13
Cessation des garanties.....	13
Maintien des garanties.....	13
Définitions de conjoint et enfants à charge.....	15
Salaire de référence.....	16
Principe indemnitaire.....	16
Paiement des prestations.....	17
Revalorisation.....	17
Exclusions.....	18
Prescription.....	18
Territorialité.....	18
Fausse déclaration.....	19
Litiges judiciaires.....	19
Avis de prolongation ou d'interruption de travail.....	19
Reprise d'activité.....	19
Recours contre les tiers responsables.....	19
Réclamations - Médiation.....	19
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 :

- l'ensemble du personnel (y compris VRP) non affilié à l'AGIRC » dit « NON CADRE » en application des dispositions prévues à l'article 26 de la Convention Collective Nationale de l'Immobilier du 9 septembre 1988 dont relève l'entreprise et son Annexe V, tels que modifiés en dernier lieu par l'avenant n° 71 du 01/12/2016.

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.

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.

Vos garanties prévoyance

Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Tout participant, quelle que soit sa situation de famille	85 % du salaire de référence
Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes	
Versement par anticipation	100 % du capital décès
Décès postérieur ou simultané du conjoint	
Nouveau capital	100 % du capital décès
Allocation frais d'obsèques	
Décès du participant, du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans ⁽¹⁾	160 % du PMSS

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

(1) En cas de décès d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la loi (de plus de 12 ans), le versement s'effectue sur présentation d'une facture acquittée et dans la limite des frais réellement engagés.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière ⁽¹⁾	
<p>En cas d'incapacité temporaire totale de travail du participant pour maladie, accident ou maternité, prise en charge par la Sécurité sociale, l'organisme assureur verse des indemnités journalières complémentaires dont les montants exprimés ci-contre s'entendent y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale.</p> <p>L'indemnisation en cas de maladie ou d'accident intervient à l'issue de la période de maintien de salaire de l'employeur définie par la Convention Collective Nationale de l'Immobilier. Pour les participants n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier de ce maintien de salaire de l'employeur, l'indemnisation par l'organisme assureur intervient à l'issue d'une franchise de 90 jours continus. L'indemnisation en cas de maternité intervient sans carence pour toute la durée de ce congé (pathologique ou non).</p>	61 % de la 365 ^e partie du salaire de référence
<p>En cas de temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur intervient pour compenser la perte de salaire du participant sous certaines conditions (et sous réserve de l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur), ceci que le participant reçoive ou non des indemnités journalières de la Sécurité sociale.</p>	La garantie prévue par le présent régime sera assurée à concurrence de 60 % de la partie de salaire correspondant à la durée du travail non assurée du fait de la reprise à temps partiel thérapeutique (sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou avec compensation le cas échéant de l'absence de ces indemnités)
Invalidité permanente : rente annuelle (y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale, hors majoration pour tierce personne en cas de 3^e catégorie)	
1 ^{re} catégorie	37 % du salaire de référence
2 ^e catégorie	61 % du salaire de référence
3 ^e catégorie	61 % du salaire de référence
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle (y compris les prestations brutes de CSG/CRDS versées par la Sécurité sociale)	
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	100 % de la prestation 1 ^{re} catégorie d'invalidité
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	100 % de la prestation 2 ^e catégorie d'invalidité

(1) Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, l'organisme assureur, ou tout autre organisme ainsi que, notamment, tous les revenus du travail, les salaires, les prestations chômage, ne peuvent conduire le participant à percevoir plus de 100 % du salaire net qu'il aurait perçu s'il était en activité.

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 participant.

Contenu de la garantie

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 :

- par parts égales entre eux, aux enfants dont la filiation (y compris adoptive) a légalement été établie avec le participant, à charge fiscalement du participant ;
- à défaut, au conjoint ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants dont la filiation (y compris adoptive) a légalement été établie avec le participant qui ne sont plus à charge fiscalement du participant, présents ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du participant ou en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du participant ;
- à défaut de toute personne susnommée, aux héritiers du participant selon la dévolution successorale.

Toutefois, quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable :

- la part de capital correspondant à la majoration pour enfants à charge est versée par parts égales entre ceux-ci, directement aux enfants dès leur majorité ; à leurs représentants légaux 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 co-décédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre.

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

Pour la dévolution du capital décès selon la clause type (par défaut) prévue ci-dessus, le conjoint s'entend du conjoint et du partenaire de PACS (par dérogation à la définition retenue page 16).

Le concubin notoire, 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 du participant

Perte totale et irréversible d'autonomie

Le participant est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est classé en 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale.

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**, lui est versé par anticipation sur sa demande.

Le versement par anticipation du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie « capital décès » du participant.

3/ Décès postérieur ou simultané du conjoint du participant

En cas de décès du conjoint, tel que défini page 16, survenant simultanément ou postérieurement à celui du participant et alors qu'il reste au moins un enfant à charge, l'organisme assureur peut verser un capital.

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/ Allocation frais d'obsèques

Décès d'un ayant droit

En cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge, dans les conditions d'âge permises par la loi (de plus de 12 ans), l'organisme assureur verse une allocation. Dans tous les cas, en cas de décès d'un enfant à charge dans les conditions d'âge permises par la loi (de plus de 12 ans), le versement s'effectue sur présentation d'une facture acquittée et dans la limite des frais réellement engagés. L'allocation est versée au participant ou à défaut, à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation des justificatifs.

Décès du participant

En cas de décès du participant, l'organisme assureur verse une allocation, à la personne ayant réglé les frais d'obsèques sur présentation des justificatifs.

Justificatifs à fournir

Dans les plus brefs délais, l'employeur adresse à l'organisme assureur le formulaire de demande de prestations en cas de décès complété et accompagné de tout ou partie des pièces ci-après (à l'adresse indiquée sur ce formulaire) :

En cas de décès :

- 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 ;
- copie de l'acte de naissance intégral du (des) bénéficiaire (s) 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 recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du (des) bénéficiaire (s) de la prestation (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- copie intégrale du dernier avis d'imposition du participant ;
- en présence d'enfant à charge pour l'enfant de plus de 16 ans, un certificat de scolarité original ou une attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou une attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) ou une attestation de poursuite d'études ;

- en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;
- à la demande de l'organisme assureur, 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 correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant le décès ou l'arrêt de travail en cas d'arrêt maladie avant le décès ;
- relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire de la prestation, et/ou, le cas échéant relevé d'identité bancaire portant la mention "sous administration légale de..." pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital décès et/ou du relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation ;

En cas d'perte totale et irréversible d'autonomie :

- 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 copie de la notification de la pension d'invalidé de 3^e catégorie de la Sécurité sociale, ainsi que les pièces suivantes :
- en présence d'enfant à charge : pour l'enfant de plus de 16 ans, un certificat de scolarité original ou une attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou une attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) ou une attestation de poursuite d'études ;
- en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;
- copie des bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- si l'invalidité Permanente Totale est précédée d'un arrêt de travail non indemnisé par l'organisme assureur : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité ;
- certificat original du médecin traitant ;
- RIB au nom du participant ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie de l'acte de naissance original, à jour des mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
- copie intégrale du ou des livrets de famille du participant à jour de toutes les mentions marginales (sauf si célibataire sans enfant) ;
- copie intégrale du dernier avis d'imposition.

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

- pour justifier la situation de conjoint : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi que l'acte de mariage ou son acte de naissance, avec mentions marginales ; les pièces fournies devront dater de moins de 3 mois ;
- pour justifier la situation de partenaire lié par un PACS : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun daté de moins de 3 mois (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi qu'une 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 ;
- pour justifier la situation de concubin : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois), ainsi qu'une 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) ;
- facture acquittée des frais à la charge du bénéficiaire de l'allocation de frais d'obsèques, et relevé d'identité bancaire et copie de la pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques si la garantie est présente ;
- 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) sans que cela préjuge de la reconnaissance par l'organisme assureur du caractère accidentel du décès garanti au titre du contrat d'adhésion si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail non indemnisée par l'organisme assureur, une attestation de la Sécurité sociale et/ou de l'organisme assureur de l'employeur garantissant l'arrêt de travail des salariés, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès.

L'organisme assureur peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

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

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

Dans ce cas, 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 sauf en cas de rechute.

Rechute

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 2 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.

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 (sauf particularité prévue ci-après en cas de temps partiel thérapeutique) ;
- 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 (sauf particularité prévue ci-après en cas de temps partiel thérapeutique) ;
- 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 visé ci-après ;
- au 1095^e jour d'arrêt de travail.

Temps partiel thérapeutique / maternité

Le participant en situation de temps partiel thérapeutique est indemnisé par l'organisme assureur sous réserve de l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur, ceci qu'il reçoive ou non des indemnités journalières de la Sécurité sociale. La garantie prévue par le présent régime sera assurée à concurrence de 60 % de la partie de salaire correspondant à la durée du travail non assurée du fait de la reprise à temps partiel thérapeutique (sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou avec compensation le cas échéant de l'absence de ces indemnités).

Les participants en arrêt de travail pour des raisons de maternité seront indemnisés sans carence pour toute la durée de ce congé (pathologique ou non), à la même hauteur qu'un arrêt de travail pour maladie de la vie privée.

2/ Invalidité permanente et incapacité permanente

Sous réserve du contrôle médical, 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^{re}, 2^e ou 3^e catégories d'invalidité) ;
- 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 au moins égal ou supérieur à 33 % ;

l'organisme assureur verse une 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 ou de la pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale ;
- sur décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical visé ci-après.

Contrôle médical

Les déclarations de l'adhérent 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.

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'institution 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.

Justificatifs à fournir

L'employeur adresse à l'organisme assureur le formulaire de demande de prestations en cas d'arrêt de travail, complété, signé et accompagné de tout ou partie des pièces suivantes :

Dans tous les cas :

- relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du destinataire de la prestation (employeur ou participant) ;
- déclaration de l'employeur 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 ;

En cas d'incapacité temporaire de travail, les pièces suivantes devront également être transmises :

- 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 ;
- en cas de reprise à mi-temps thérapeutique, formulaire d'attestation de salaire adressé à la Sécurité sociale précisant les salaires versés dans le cadre de l'activité partielle ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie ;
- en cas de cessation du contrat de travail, copies recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) et du certificat de travail ;
- pour les participants relevant de la MSA : copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale .

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

- transmet les copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale (pour les participants autres que ceux relevant de la MSA) ;
- transmet les bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;
- 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 ;
- le cas échéant, l'attestation sur l'honneur rempli par l'employeur précisant le motif de l'arrêt de travail justifiant la demande de prestations.

En cas d'invalidité, les pièces suivantes devront également être transmises :

- copie de la notification d'attribution définitive de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité professionnelle permanente délivrée par la Sécurité sociale indiquant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente, ainsi que le montant versé par la Sécurité sociale ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du bulletin de salaire du mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- copie du bulletin de salaire du mois de l'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité ;
- copies des 2 derniers avis d'imposition sur les revenus du participant ;
- l'attestation de paiement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale ou la copie des décomptes de la sécurité sociale correspondants ;
- en cas de reprise d'activité (même partielle) au sein d'une entreprise, les copies des bulletins de salaire depuis le 1^{er} jour de la reprise d'activité ;

- si le participant est inscrit à Pôle emploi et perçoit des allocations chômage, la copie de la notification d'ouverture de droit aux allocations précisant la date exacte de début d'indemnisation ainsi que le montant journalier brut et net alloué et joindre les bordereaux de paiement ;
- si le participant est inscrit à Pôle emploi mais ne perçoit pas d'allocations chômage, la copie du refus de cet organisme ;
- si le participant perçoit des ressources d'un autre organisme, l'attestation de paiement de cet organisme depuis le mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- en cas de rupture de contrat, la copie du certificat de travail pour chaque employeur connu au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date de l'arrêt de travail ;
- en cas de révision de pension, la copie de la décision de la Sécurité sociale modifiant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

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

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation encourus. À défaut, l'organisme assureur ne procédera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

Dispositions générales

Début des garanties

- Soit à la date de prise d'effet du contrat collectif « Régime Décès - Incapacité - Invalidité » souscrit par l'employeur ou des avenants s'y rapportant si le salarié fait partie de la catégorie de personnel cadre ;
- soit à compter de la date d'entrée du salarié au sein de l'entreprise lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat collectif de prévoyance complémentaire au sein de la catégorie de personnel cadre ;
- soit à la date d'entrée du salarié dans la catégorie de personnel cadre.

Cessation des garanties

- À la date de suspension du contrat de travail du salarié, sauf dans les cas de maintien mentionnés ci-après ;
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise adhérente ;
- à la date de rupture du contrat de travail ;
- à la date où le salarié n'appartient plus à la catégorie de personnel ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du salarié ;
- au décès du salarié ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail avec indemnisation

Garanties décès

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

- dont le contrat de travail est suspendu 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 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...),
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Garanties arrêt de travail

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

- dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion, 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 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...),
- dont la date initiale d'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion et qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

| [Le maintien des garanties s'applique également aux ayants droit du participant.](#)

Exonération des cotisations

En cas d'arrêt total de travail d'un salarié, 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, maternité ou 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.

Durée du maintien des garanties arrêt de travail et décès

Le maintien de ces 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 contrat d'adhésion 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.

En cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation

Par ailleurs, dans les situations où il y a suspension du contrat de travail du participant, autres que celles citées au paragraphe ci-dessus (par exemple en cas d'un congé parental d'éducation, un congé de présence parentale, un congé de solidarité familiale, un congé pour création d'entreprise, un congé de formation), le participant peut continuer à bénéficier des garanties pendant la durée de ce congé sous réserve qu'il en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension de contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par le participant.

L'employeur doit informer le participant par écrit de la possibilité du maintien de ces garanties lors de son départ en congé ou en cas d'absence.

Le maintien de ces garanties est assuré au salarié concerné pendant la durée du contrat d'adhésion tant que son contrat de travail n'est pas rompu et ce, jusqu'à la fin du congé ou de l'absence.

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.

Paiement 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 d'incapacité temporaire ou d'invalidité / incapacité permanente

En application de l'article 7-1 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, 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, maternité ou accident ou rente d'invalidité, d'incapacité permanente) versées au titre d'un contrat collectif obligatoire souscrit par l'entreprise 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'entreprise, versées par l'organisme assureur à l'exclusion de toutes indemnités journalières complémentaires pour maladie, maternité ou accident et/ou toutes rentes d'invalidité / d'incapacité permanente complémentaires.

Définitions de conjoint et enfants à charge

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 ;
- soit le concubin du participant à la date de l'événement donnant lieu à prestation, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge ci-dessous.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du participant dont la filiation avec le participant (y compris adoptive) a été légalement établie et ceux de son conjoint vivants sous le toit du participant, s'ils sont mineurs ou quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'aide sociale, ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 28 ans ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail, sauf lorsqu'ils poursuivent des études ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois, ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 60 % du SMIC ;
- être à charge fiscalement du participant, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins d'après la dernière option exercée par le participant dans le calcul de l'impôt sur le revenu du participant payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
 - soit lorsqu'il s'agit d'étudiant bénéficiant de la Sécurité sociale des étudiants et n'ayant pas choisi le rattachement au foyer fiscal, et recevoir du participant une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable pour celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils ont le statut d'étudiant et bénéficient à ce titre de la Sécurité sociale des étudiants et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit du participant ou ne vivent pas sous le toit du participant, et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus, mais reçoivent de celui-ci par décision de justice une pension alimentaire, venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'événement mettant en jeu la garantie ;
- l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du participant.

Qualités

Les qualités de participant, conjoint, et enfant à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est égal à la rémunération annuelle brute, hors primes, indemnités et rappels versés à l'occasion du départ du salarié de l'entreprise (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...), limitée aux tranches A et B des salaires et ayant servi d'assiette pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois de l'événement ouvrant droit à prestations (décès ou arrêt de travail).

Il se décompose comme suit :

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

Lorsque la période de référence n'est pas complète (notamment si le salarié 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 rémunérations brutes servant d'assiette pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale perçues au cours des mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail afin de reconstituer le traitement de base.

Principe indemnitaire

Le total des prestations versées par la Sécurité sociale, l'organisme assureur ou tout autre organisme ainsi que, notamment, tous les revenus du travail, les salaires, les prestations chômage, ne peuvent conduire le salarié à percevoir plus de 100 % de son dernier salaire net d'activité.

Le complément de pension accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, aux invalides reconnus en 3^e catégorie n'entre pas dans ce calcul.

En cas de dépassement, la prestation servie par l'organisme assureur sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, il pourra être réclamé au salarié les prestations ou fractions de prestations indûment versées. Le salarié devra fournir à l'organisme assureur toute information utile pour permettre de vérifier le respect de ces dispositions.

Si le participant refuse de fournir les informations, l'organisme assureur peut suspendre les prestations jusqu'à régularisation.

Païement des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des décomptes de la Sécurité sociale à l'adhérent, et au participant dès sa radiation des effectifs. Les rentes complémentaires d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente sont versées au participant, sur présentation d'un justificatif de la Sécurité sociale, trimestriellement à terme échu, le 1^{er} et le dernier paiement pouvant ne comprendre qu'un prorata de rentes.

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

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.

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

En cours de contrat, les prestations versées sous forme d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente (après la 1^{re} année d'indemnisation) sont revalorisées ainsi que le traitement de base servant au calcul des garanties décès hors rente éducation (pour la période comprise entre la date d'arrêt de travail et le décès), en fonction de l'évolution des salaires mini-mas décidée dans le cadre de la Convention collective nationale de l'Immobilier.

En cours de contrat, les rentes éducations sont revalorisées ainsi que le traitement de base servant au calcul de la garantie rente éducation (pour la période comprise entre la date d'arrêt de travail et le décès), en fonction du taux de revalorisation déterminé chaque année par le Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, les prestations sont servies sur la base du niveau atteint à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement.

Le cas échéant, l'adhérent prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite des revalorisations des prestations sauf en cas de disparition de l'entreprise pour raison économique (liquidation) où la revalorisation des prestations sera maintenue sur les bases mentionnées ci-dessus auprès de l'organisme assureur.

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Exclusions

Pour l'ensemble des garanties l'organisme assureur ne couvre pas les sinistres résultant :

- du risque nucléaire.

Les garanties ne sont pas accordées pour les sinistres provenant directement ou indirectement du risque nucléaire tel que défini par le contrat d'assurance.

- de la guerre étrangère.

Les garanties ne sont pas accordées lorsque le sinistre a pour origine une guerre. Il y a guerre, à partir du moment où soit l'État français, soit un état belligérant contre la France aura formulé une déclaration de guerre officielle. Seront également exclus les cas où le salarié a pris une part active dans une guerre n'ayant pas de lien avec l'État français. Par contre la garantie est accordée bien que le sinistre résulte d'une guerre civile ou étrangère en cas de déplacement de nature professionnelle ou personnelle, si l'État français n'est pas un des belligérants et si le salarié n'y a pris aucune part active.

- du fait volontaire du bénéficiaire.

En cas de meurtre par le bénéficiaire ce dernier est déchu dans ses droits et les sommes dues au meurtrier sont versées automatiquement aux autres bénéficiaires.

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.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Institution à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Suspension de la prescription

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

Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés exerçant leur activité sur le territoire français. Les garanties souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier pour les salariés dont les séjours n'excèdent pas 3 mois et pour le personnel détaché au sein de l'Union Européenne par l'adhérent et bénéficiant à ce titre du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations sont payées en euros.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du salarié, la garantie accordée au salarié est nulle. Les cotisations acquittées demeurent toutefois acquises à l'organisme assureur.

Litiges judiciaires

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

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 2 jours suivant la date d'interruption de travail et dans les 2 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.

Reprise d'activité

En cas de reprise totale ou partielle d'activité, si le salarié 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, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans la limite fixée par la règle du principe indemnitaire.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Réclamations - Médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance :

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

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

Si l'adhérent ou le participant n'a pas obtenu de réponse dans un délai de deux mois de l'envoi de sa réclamation ou si le litige persiste après la réponse donnée, celui-ci pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la protection sociale :

Les réclamations peuvent être présentées par courrier au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'adhérent déclare et garantit à l'Institution qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Institution accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du contrat d'adhésion ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'Institution pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Institution, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

À ce titre, l'adhérent s'engage à remettre, dès l'entrée en relation d'affaires, à l'Institution ou à son courtier le cas échéant, l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'adhérent et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'adhérent ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'Institution.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'Institution est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'Institution ne sera tenue d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du contrat d'adhésion dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'Institution serait réglementairement tenue de se conformer.

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 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.

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

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/

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 - organisme assureur 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

CG dédiées 2019 / Décembre 2023 – Pôle Contrats Chartres