



AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Prévoyance

Convention collective des Cabinets médicaux
du 14.10.81 (JO 3168 – IDCC 1147)

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} avril 2023

Personnel non cadre

Sommaire

Présentation.....	3
Garanties prévoyance.....	4
Décès ou invalidité absolue et définitive.....	4
Arrêt de travail.....	5
Décès ou invalidité absolue et définitive.....	6
Objet de la garantie.....	6
Contenu de la garantie.....	6
Exclusions.....	8
Justificatifs à fournir.....	8
Arrêt de travail.....	11
Objet de la garantie.....	11
Contenu de la garantie.....	11
Exclusions.....	12
Contrôle médical.....	12
Justificatifs à fournir.....	12
Dispositions générales.....	14
Début des garanties.....	14
Cessation des garanties.....	14
Maintien des garanties.....	14
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, personnes à charge.....	17
Salaire de référence.....	17
Paiement des prestations.....	18
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.....	18
Revalorisation.....	18
Prescription.....	19
Recours contre les tiers responsables.....	19
Procédure de traitement des réclamations – médiation.....	19
Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales.....	20
Échanges dématérialisés.....	21
Protection des données à caractère personnel.....	21
Autorité de contrôle.....	22
Mes services.....	23
Découvrez notre application mobile « service client ».....	23
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	24

Présentation

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale du Personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981.

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale du Personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981 [n° 3168] ont mis en place un régime de prévoyance complémentaire obligatoire, au profit de :

- son personnel non cadre, à savoir le personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017, ayant un an d'ancienneté dans la branche des Cabinets médicaux, y compris le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant).

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'Institution » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE, comme assureur et gestionnaire de votre régime de prévoyance, ainsi qu'à l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale en tant qu'assureur des garanties rente d'éducation et rente handicap. AG2R Prévoyance en tant que membre de l'OCIRP agit au nom et pour son compte dans la gestion des garanties qu'elle assure dans le cadre de ce régime.

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

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

Garanties prévoyance

Décès ou invalidité absolue et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	110 % du salaire brut de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge	150 % du salaire brut de référence
Marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans personne à charge	160 % du salaire brut de référence
Majoration par personne à charge supplémentaire	40 % du salaire brut de référence
Invalidité absolue et définitive	
Versement par anticipation	100 % du capital décès ⁽¹⁾
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin (double effet)	
Nouveau capital	100 % du capital décès ⁽¹⁾
Allocation frais d'obsèques	
Décès du participant, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin ou d'un enfant à charge	100 % du PMSS ⁽²⁾
Rente annuelle d'éducation OCIRP(en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant)	
Jusqu'au 18 ^e anniversaire	18 % du salaire brut de référence
Au-delà et jusqu'au 26 ^e anniversaire sous réserve, soit : - de poursuivre des études - d'être en apprentissage, ou titulaire d'un contrat de professionnalisation, - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, stagiaire de la formation professionnelle	23 % du salaire brut de référence
Le versement de la rente est maintenu en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la Sécurité sociale avant son 26 ^e anniversaire et mettant l'enfant à charge dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle	
En cas de décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS du participant décédé, postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente d'éducation versée est doublé.	
Il en va de même si le participant décédé était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité	
Rente handicap OCIRP	
Rente viagère	500 € par mois

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

(1) Y compris les majorations éventuelles pour personne à charge.

(2) Dans la limite des frais réellement engagés.

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
À compter du 4 ^e jour d'arrêt en cas d'accident, de maladie de la vie privée ou d'accident de trajet ⁽²⁾	100 % du salaire net de référence
À compter du 1 ^{er} jour d'arrêt en cas d'accident du travail autre qu'un accident de trajet ou de maladie professionnelle	100 % du salaire net de référence
Invalidité : rente annuelle	
1 ^{re} catégorie	50 % de la rente complémentaire versée en 2 ^e catégorie
2 ^e catégorie	100 % du salaire net de référence
3 ^e catégorie	100 % du salaire net de référence
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle	
Taux d'incapacité permanente professionnelle compris entre 50 % (inclus) et 66 %	50 % de la rente complémentaire versée lorsque le taux d'incapacité permanente professionnelle est supérieur ou égal à 66 %
Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66 %	100 % du salaire net de référence

(1) Sous déduction des prestations brutes versées par la Sécurité sociale.

(2) Tout nouvel arrêt de travail consécutif à la même affection, éligible aux prestations de la présente garantie, et survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité, n'entraîne pas l'application de la période de franchise.

Décès ou invalidité absolue et définitive

Objet de la garantie

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant.

Contenu de la garantie

Garantie capital décès

En cas de décès du participant, il est versé un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) librement par le participant.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le participant notifiée à l'Institution ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- en premier lieu au conjoint survivant non divorcé ni séparé judiciairement ;
- à défaut, au partenaire auquel le défunt était lié par un PACS ;
- à défaut, au concubin ;
- à défaut, aux enfants dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, a légalement été établie, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers par parts égales entre eux.

Par désignation caduque, il faut entendre la désignation initialement faite par le participant qui se trouve privée d'effet lorsque le bénéficiaire désigné prédécède au participant ou s'il décède en même temps que ce dernier alors qu'aucune clause de représentation n'a été prévue. La désignation est également caduque si, à la date du décès du participant, le bénéficiaire désigné a perdu la qualité au titre de laquelle il avait été initialement désigné, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné par le participant (cas par exemple d'une personne désignée par la qualité « mon conjoint » qui, par l'effet d'un jugement de divorce définitif, perd sa qualité de bénéficiaire au décès du participant).

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le participant peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente :

- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaire Prévoyance » accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale : https://inscription.ag2rlamondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE (si cette possibilité est ouverte pour le contrat au titre duquel le participant est assuré) ;
- sur support papier au moyen du formulaire « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis au participant par l'employeur ;
- par acte authentique ou acte sous seing privé, conformément à la loi.

Une désignation de bénéficiaire particulière établie par un participant mineur ne peut être prise en compte par l'Institution. En cas de décès d'un participant de moins de 18 ans, le capital est versé à ses héritiers en proportion de leur vocation successorale.

Un bénéficiaire peut accepter la désignation particulière faite à son profit par le participant 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.

Quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable, la part de capital correspondant à la majoration éventuelle pour :

- personne à charge est versée à la personne à charge elle-même ou à la personne en ayant la charge à la date de décès du participant.
- enfant à charge est versée, par parts égales entre eux, directement à ceux-ci dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités avant leur majorité.

La part de capital correspondant à la majoration éventuelle pour enfant ou personne à charge est versée sous réserve de l'existence d'enfant ou de personne à charge au décès du participant.

Invalidité absolue et définitive

Invalidité absolue et définitive

Est considéré comme invalide absolu et définitif lorsqu'il est prouvé qu'il est atteint d'une invalidité le rendant définitivement inapte à la moindre activité ou occupation. Il doit, en outre, être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le participant reconnu en état d'invalidité absolue et définitive bénéficie, par anticipation et sur sa demande, d'un capital dont le montant figure dans le résumé des garanties.

Le paiement doit avoir lieu en une seule fois, dans un délai de 6 mois après la date de reconnaissance par la caisse de Sécurité sociale (ou sur décision du médecin conseil d'AG2R Prévoyance s'agissant du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) soit du classement 3^e catégorie, soit, lorsqu'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, de la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 100% avec majoration pour tierce personne.

Le versement anticipé de ce capital portant sur la tête du participant en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la « Garantie Capital décès » versée en cas de décès du participant.

Décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin (double effet)

En cas de décès, postérieur ou simultané du conjoint, partenaire lié par un PACS ou du concubin du participant prédécédé (quel que soit l'âge des intéressés) laissant un ou plusieurs enfants à charge, il doit être versé au profit de ceux-ci un second capital égal à 100% de celui versé lors du premier décès.

Ce capital est attribué par parts égales entre les enfants qui étaient à la charge du participant au moment de son décès et qui sont toujours à charge de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou de son concubin au moment du décès de ce dernier.

Ce capital est réparti, par parts égales entre eux, directement aux enfants à charge dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités durant leur minorité.

Garantie frais d'obsèques

En cas de décès du participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin ou de l'un de ses enfants à charge, il est versé à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques et le justifiant sur facture, une allocation dont le montant figure dans le résumé des garanties.

Cette allocation est servie dans la limite des frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant à charge.

Les qualités de conjoint, de partenaire de PACS, de concubin et d'enfant à charge sont définies dans le cadre de la garantie capital décès figurant ci-dessus.

Garanties rentes OCIRP

Rente d'éducation

En cas de décès du participant, une rente est versée à chaque enfant à charge au moment du décès afin de couvrir en tout ou partie les frais relatifs à leur éducation et à leur scolarité.

Le montant annuel de la rente éducation varie en fonction de l'âge de l'enfant à charge.

Les prestations sont payées au plus tard dans un délai d'un mois après le dépôt du dossier (demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives) auprès de l'institution dont dépend l'entreprise adhérente.

En cas de disparition du participant, le paiement des prestations interviendra après reconnaissance du décès par absence, par le tribunal compétent.

Le paiement des prestations n'est subordonné à aucune condition de situation d'emploi, ni de remariage, ni de concubinage, ni de contrat de PACS, intervenant après le décès du participant.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu. Celles dont la date d'effet se situe en cours d'exercice donnent lieu à un versement pour la période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année considérée.

Rente handicap

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant ayant un enfant handicapé, il est versé à ce dernier ou à son représentant légal, une rente viagère handicap dont le montant figure au résumé des garanties.

L'évolution annuelle du montant de base de cette prestation est indexée sur l'augmentation du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). En cas de modification notable ou de disparition de cette allocation, un avenant devra déterminer la référence à une allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Les rentes handicap versées à chaque enfant handicapé ou à son représentant légal, sont payables trimestriellement à terme échu.

La prestation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date du décès ou celle de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive.

Cette prestation est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Le versement anticipé en cas d'invalidité absolue et définitive du participant met fin à la présente garantie.

Bénéficie du versement de la prestation l'enfant reconnu handicapé d'un participant décédé.

Est reconnu comme handicapé l'enfant dont la filiation avec le participant, y compris adoptive, a légalement été établie, atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales, à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide », ou tel que défini par l'article 199 septies 2° du code général des impôts.

Le handicap est apprécié au jour du décès ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès du participant.

Exclusions

Au titre des garanties Capital décès, Frais d'obsèques, et des garanties, Rente d'éducation et Rente handicap
Le décès ou l'invalidité absolue et définitive du participant ne donne pas lieu à prestations :

- d'une façon générale, pour toutes les causes d'exclusion prévues par la loi,
- lorsqu'il (ou elle) est la conséquence des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux atomiques sauf utilisation médicale maîtrisée.

Si le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive, le capital est alors versé au(x) bénéficiaire(s) de rang suivant.

En cas de guerre ou de guerre civile, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Justificatifs à fournir

Garanties décès (hors rentes OCIRP)

Dans les plus brefs délais, l'employeur adresse à l'Institution 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'invalidité civile 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'Institution, pour le versement des prestations à l'enfant mineur : une attestation du parent survivant selon laquelle ce dernier exerce pleinement l'autorité parentale à l'égard de l'enfant mineur et ce sans restriction ;
- copie des bulletins de salaire du participant 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'invalidité absolue et définitive :

- la preuve de l'invalidité absolue et définitive incombe au participant ou à la personne qui en a la charge qui devra fournir la copie de la notification de la pension d'invalidité 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'invalidité 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 l'invalidité absolue et définitive ;
- si l'invalidité Absolue est précédée d'un arrêt de travail non indemnisé par l'Institution : 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.

S'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'Institution 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'Institution, une attestation de la Sécurité sociale et/ou de l'Institution de l'employeur garantissant l'arrêt de travail des salariés, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès.

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

Garanties OCIRP

Rente d'éducation

Lors du décès du participant, il doit être remis à l'institution :

- un certificat de décès du participant ;
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires ;
- tous les documents justifiant la qualité d'enfant à charge avec le cas échéant : les documents d'état civil avec mention des autres enfants nés du participant décédé, ou reconnus, adoptés ou recueillis par celui-ci lors de situations antérieures.

En cas de mise sous tutelle : copie certifiée conforme du jugement de mise sous tutelle nommant le représentant légal de(s) (l') orphelin(s).

En cas de concubinage : au moins deux justificatifs de la qualité de concubins, preuve du domicile commun au moment du décès (quittance EDF ou d'un autre fournisseur, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du tribunal d'Instance).

En cas de contrat de PACS : les mêmes types de justificatifs que ceux prévus en cas de concubinage avec au moins le document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du Tribunal d'instance.

Tout document concernant l'activité salariée du participant décédé demandé par l'institution au bénéficiaire.

Rente handicap

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès, du participant, de la nature de l'infirmité physique et/ou mentale dont est atteint le ou les enfants bénéficiaire(s) et qui l'empêche(nt) soit de se livrer, dans des conditions normales, à une activité professionnelle sans adaptation du poste de travail, soit s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle dans les conditions équivalentes à celles d'une personne dite « valide ».

En outre, l'institution se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, notamment :

- un justificatif d'un taux d'incapacité de 80% reconnue par la Cotorep, la CDES ou la CDAPH (la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui remplace les COTOREP et CDES depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées) ;
- un justificatif d'un taux d'incapacité compris entre 50% et 80%, si la Cotorep, la CDES ou la CDAPH a reconnu au bénéficiaire l'impossibilité de travailler ;
- la preuve du bénéfice d'une mesure relevant de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

À défaut de production de ces éléments, le versement des prestations en cours est suspendu.

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

Période d'incapacité temporaire de travail

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 pour maladie ou accident du participant 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) ou de la législation accident du travail / maladie professionnelle (Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

En cas d'incapacité temporaire de travail pour maladie ou accident du salarié, prise en charge par la Sécurité sociale ou non (uniquement dans ce dernier cas pour le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou d'un montant de cotisation réglé insuffisant), constatée par une autorité médicale, l'Institution verse une indemnité journalière complémentaire au salarié.

Le montant annuel de l'indemnisation de l'intéressé s'élèvera à hauteur de 100% du salaire net de référence sous déduction des indemnités journalières brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et de toutes autres rémunérations ou indemnisations versées ou maintenues notamment par l'employeur.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) bénéficient, après décision du médecin contrôleur mandaté par l'organisme de prévoyance, de la présente garantie.

Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu à l'alinéa précédent, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et de toutes autres rémunérations ou indemnisations versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

En aucun cas, l'organisme de prévoyance ne versera les prestations de la Sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'organisme de prévoyance seront réduites à due concurrence.

Durée de l'indemnisation :

Le versement des indemnités journalières complémentaires se poursuit pendant la durée d'indemnisation de la Sécurité sociale (sur décision du médecin conseil s'agissant du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant).

Il cesse lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- à la date de reprise d'activité, ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'employeur ou l'organisme de prévoyance que le bénéficiaire peut reprendre une activité ;
- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- lors de la cessation ou suspension de l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant, (excepté pour les salariés en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ;
- au décès du participant.

Période d'invalidité / Incapacité permanente professionnelle

Invalidité permanente

Est considéré comme invalide, le participant classé dans les 1^{re}, 2^e et 3^e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- 1^{re} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une quelconque profession ou une activité lui procurant gain ou profit ;
- 3^e catégorie : 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.

À l'expiration de la période d'incapacité temporaire de travail et dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Sécurité sociale (ou par décision du Médecin Conseil de l'Institution pour le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) constatée par une autorité médicale, il est prévu le versement d'une rente au participant dont le montant annuel figure au résumé des garanties.

Ces prestations sont versées par quotité mensuelle et s'entendent sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale (reconstituées de manière théorique pour le personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) et de toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues notamment par l'employeur ou par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Les salariés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits en matière d'assurance maladie vis-à-vis du régime de Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) bénéficient après contrôle du médecin mandaté par l'organisme de prévoyance, de la présente garantie.

Dans ce cas, le montant de la prestation versée par l'organisme de prévoyance sera celui prévu ci-dessus, déduction faite du montant reconstitué des prestations brutes que l'intéressé aurait perçues de la Sécurité sociale si celle-ci était intervenue et des rémunérations versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

En aucun cas l'organisme de prévoyance ne versera les prestations de la Sécurité sociale ainsi reconstituées.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire le bénéficiaire, compte tenu des sommes versées de toute provenance, à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité ; dans le cas contraire, les prestations versées par l'organisme de prévoyance seront réduites à due concurrence.

Le versement de la prestation s'effectue tant que dure le versement de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la rente d'incapacité permanente de travail de la Sécurité sociale (sur décision du médecin conseil s'agissant du personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant).

Elle cesse lorsque cesse cette indemnisation et également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 50% ;
- si il est établi par le médecin Conseil de l'institution que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;
- en cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle versée par la Sécurité sociale ;
- en cas de décès du participant ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Exclusions

Les garanties incapacité temporaire, invalidité permanente et incapacité permanente professionnelle s'appliquent sans aucune exclusion.

Contrôle médical

À tout moment, les médecins ou délégués de l'Institution auront, sous peine de suspension des prestations en cours, le libre accès auprès du participant atteint d'incapacité temporaire complète de travail ou d'invalidité afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer, même après résiliation de l'adhésion.

Justificatifs à fournir

L'employeur adresse à l'Institution 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'Institution, 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'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'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'Institution 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'Institution ne procédera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

Dispositions générales

Début des garanties

- À la date d'effet de l'adhésion figurant sur le contrat d'adhésion de l'entreprise, si le participant est présent à l'effectif ;
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'adhésion du contrat.

Cessation des garanties

Dans tous les cas, le droit à garantie cesse :

- à la date de rupture du contrat de travail du participant, sauf application du dispositif de portabilité ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (excepté pour les salariés en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat d'adhésion sauf en cas de maintien prévu ci-dessous ;
- en tout état de cause au décès du participant.

Cessation des garanties

Les garanties cessent également lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de l'Institution.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

L'ensemble des garanties est maintenu, sans contrepartie de 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 d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, invalidité/incapacité permanente professionnelle, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale et/ou complémentaires de prévoyance ;
- 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 ...).

Les garanties « Décès » prévues au présent régime sont maintenues, sans contrepartie de cotisations, au participant dont le contrat de travail est suspendu, ne se trouvant pas dans l'une des situations susmentionnées (c'est-à-dire ne bénéficiant pas d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur, ...etc) mais bénéficiant de l'un des congés suivants :

- congé légal de maternité ou de paternité ;
- congé parental d'éducation :

Les prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité/incapacité permanente professionnelle ne sont pas versées pendant la durée de ce congé. Si le participant se trouve en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle à l'issue de son congé parental d'éducation, l'arrêt de travail est censé avoir débuté à la date fixée initialement pour la reprise du travail et commence à être indemnisé à l'issue du délai de franchise prévu en cas d'incapacité temporaire de travail. Les cotisations ne sont pas dues pendant cette période.

Dans tous les cas, la prestation sera calculée selon le salaire de référence défini au présent régime et précédant la date de suspension du contrat de travail.

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, le maintien des garanties est assuré, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat d'adhésion et lorsque les prestations de la Sécurité sociale et/ou complémentaires au titre de la

maladie, de l'accident ou de l'invalidité/ incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties et l'exonération des cotisations cesse dès la survenance de l'un des évènements suivants :

- suspension ou cessation des prestations en espèces de la Sécurité sociale et/ou complémentaires ;
- date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du participant (*) ;
- décès du participant ;
- date d'effet de la résiliation ou non renouvellement du contrat d'adhésion.

(*) 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.

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'Institution 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'Institution de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties :

- impossibilité de justifier auprès de l'Institution 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'Institution le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

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

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

Participant bénéficiant du maintien des garanties décès en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion

Les garanties « Décès », telles que définies ci-après, sont maintenues en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, au participant (salarié ou ancien salarié) en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité/incapacité permanente professionnelle bénéficiant de prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle d'AG2R Prévoyance ou de tout autre organisme assureur de l'adhérent, dues ou versées au titre du présent contrat d'adhésion ou de tout autre contrat collectif obligatoire prévoyance souscrit par l'adhérent.

Définition des garanties décès maintenues en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion

La garantie maintenue en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion est celle prévue par le présent régime en cas de décès du participant, sauf exclusions et limitations définies ci-après. Elle s'applique à tout décès survenu postérieurement à la date d'effet des garanties en cas de décès du contrat.

N'entrent pas dans le maintien de la garantie en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion :

- l'invalidité absolue et définitive du participant survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'adhésion ;
- le décès du conjoint, concubin ou partenaire de PACS (y compris au titre du Double Effet) ou d'un enfant à charge du participant, survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'adhésion.

La revalorisation du salaire de référence cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'adhésion. Ce maintien de couverture est assuré à l'intéressé bénéficiaire jusqu'au terme de la période d'indemnisation complémentaire d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle prévue au titre du contrat d'adhésion ou de tout autre contrat collectif obligatoire souscrit par l'entreprise adhérente.

En cas de garantie décès maintenue par un précédent organisme assureur de l'entreprise adhérente

Lorsque l'adhérent a résilié un précédent contrat collectif obligatoire garantissant le décès des salariés pour souscrire un contrat de même nature auprès de l'Institution, les prestations de l'organisme assureur, dues en cas de décès d'un participant sont versées sous déduction de celles dues par un précédent organisme assureur de l'entreprise adhérente.

Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, personnes à charge

Conjoint

- On entend par conjoint toute personne unie au participant par les liens du mariage tel que défini aux articles 144 et suivants du code civil et non séparée de corps judiciairement.

Concubin

- Le concubinage ouvre droit aux prestations dès lors que le participant et son concubin sont libres de tous liens de mariage et de PACS et qu'à la date du décès ou d'Invalidité absolue et définitive, le concubinage soit notoire et continu depuis au moins 2 ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant reconnu des deux parents est né de la vie commune.

Partenaire de PACS

- On entend par partenaire toute personne unie au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) dans les conditions prévues aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Personnes à charge

Par personne à charge on doit entendre :

- les enfants du participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie. Ces enfants sont considérés comme enfants à charge :
 - jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition,
 - jusqu'à leur 26^e anniversaire sous réserve soit :
 - de poursuivre des études,
 - d'être en apprentissage ou titulaire d'un contrat de professionnalisation,
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, stagiaire de la formation professionnelle,
 - sans limitation d'âge dès lors qu'ils ont été reconnus comme invalides par la Sécurité sociale avant leur 26^e anniversaire et qu'ils sont dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle,
 - lorsqu'ils sont nés viables moins de 300 jours après le décès du participant,
- les ascendants directs du participant répondant aux conditions de l'article 1411 III du Code Général des impôts.

Qualités

Les qualités de participant, conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, personne à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

Pour la détermination des prestations, le salaire de référence est égal au salaire brut soumis aux cotisations sociales, soit le salaire fixe et les rémunérations variables, des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ou la date du décès.

La base de calcul des prestations est limitée à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du salaire net, la base des prestations est celle prévue à l'alinéa précédent déduction faite des charges fiscales et sociales.

Afin d'harmoniser leurs méthodes de calcul, les organismes assureurs du régime déduisent le même taux de charges sociales et fiscales, celui-ci correspond au taux de charges moyen appliqué aux salaires de la profession.

Il est précisé que la CSG et la CRDS notamment sont des impôts dus par le salarié et ne peuvent pas être prises en charge par l'organisme de prévoyance ou l'employeur.

Pour le salarié travaillant à temps partiel, le montant des prestations est calculé sur le salaire perçu au titre du Cabinet.

En cas de sinistre, lorsque le montant de la prestation est déterminé en fonction du salaire de référence calculé au premier jour de l'arrêt de travail, le salaire de référence est revalorisé chaque 1er janvier en fonction de l'évolution du point AGIRC - ARRCO au cours de l'exercice précédent.

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.

Paiement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Les prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale. Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu.

Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance.

En cas de décès

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

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'Institution (matérialisée par la réception de l'acte de décès), les sommes correspondantes à ces prestations sont déposées par l'Institution à la Caisse des dépôts et consignations, conformément à la réglementation.

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

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

Les indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail et les rentes d'invalidité/incapacité permanente professionnelle complémentaires sont revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC - ARRCO au cours de l'exercice précédent.

Les rentes d'éducation et handicap sont revalorisées chaque année suivant un taux fixé par le Conseil d'administration de l'OCIRP.

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

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

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

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{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.

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'Institution 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'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 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.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'Institution 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 qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Procédure de traitement des 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'Institution 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'Institution de tout changement d'adresse électronique.

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

L'Institution 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'Institution du caractère adapté s'effectue annuellement.

Après les vérifications mentionnées ci-dessus, l'Institution 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'Institution sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'Institution.

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'Institution 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'Institution (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'Institution, 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 mise en œuvre d’opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l’analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- 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.

Les bénéficiaires sont informés de l’existence de la liste d’opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle ils peuvent s’inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>

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’Institution est soumise 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 - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270

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



RI - Mars 2023 - Pôle Contrats Chartres