



Accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS)

Régime conventionnel

Prévoyance

NOTICE PREVOYANCE

Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire

Non cadre et cadre

Sommaire

Lexique	3
PRÉAMBULE	6
Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat	7
1.1. Objet du contrat	7
1.2. Territorialité.....	7
1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat	7
Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat	8
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	8
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	8
2.3. Cessation de l'affiliation.....	8
Titre 3. Dispositions relatives aux garanties	9
3.1. Objet des garanties	9
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties.....	9
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat.....	9
3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive	9
3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle	11
3.6. Exclusions	14
3.7. Prestations	14
3.8. Degré élevé de solidarité.....	17
Titre 4. Maintien des garanties	17
4.1. En cas de suspension du contrat de travail.....	17
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>).....	18
Titre 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations	19
5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la <i>portabilité</i> (article 5 « Loi Evin »)	19
5.2. Prestations en cours de service.....	19
5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »).....	19
5.4. Revalorisations en cas de résiliation	19
5.5. Obligations du <i>souscripteur</i> du fait de la résiliation.....	19
Titre 6. Cotisations.....	20
6.1. Assiette et montant	20
6.2. Modalités de paiement.....	20
6.3. Défaut de paiement.....	20
Titre 7. Références légales	21
7.1. Déchéance	21
7.2. Prescription.....	21
7.3. Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès.....	21
7.4. Recours contre tiers responsable	22
7.5. Réclamation –médiation	22
7.6. Juridiction compétente.....	23
7.7. Protection des données à caractère personnel	23
7.8. Autorité de contrôle	25
Titre 8. Pièces justificatives	26
Pièces nécessaires au paiement des prestations	26

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans la notice sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

Organismes assureurs Pour la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité permanente professionnelle et Capitaux Décès/ Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / capital pour orphelin :

- le groupement de co-assurance **AÉSIO mutuelle / MALAKOFF HUMANIS** composé de :
 - o **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE** : Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Numéro SIREN 775 691 181. Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.
 - o **AÉSIO mutuelle** : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy - 75008 Paris.
Malakoff Humanis Prévoyance assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué
- **MUTEX**, Société anonyme au capital de 37 302 300 euros - Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Nanterre n°529 219 040, dont le siège social est situé au 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. MUTEX est représentée pour la mise en place du contrat d'assurance, sa conclusion le cas échéant, ainsi que pour son suivi commercial, par un organisme distributeur qui est mentionné aux conditions particulières. MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Numéro SIREN 775 691 181. Siège social : 38 rue François Peissel, 69 300 Caluire et Cuire.
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Numéro SIREN 333 232 270 -. Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris

Pour la couverture de la Rente éducation :

- **OCIRP**, Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan 75008 Paris.

Les organismes assureurs mentionnés ci avant sont habilités à gérer la garantie Rente éducation assurée par l'OCIRP.

Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs de la couverture des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/ Incapacité permanente professionnelle et capital Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Capital pour orphelin, auprès duquel il souhaite souscrire le contrat faisant l'objet d'une co-recommandation entre les organismes susmentionnés. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et de ses salariés.

Souscripteur L'établissement relevant des accords collectifs de travail applicables dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes, qui a conclu le contrat d'assurance avec les *organismes assureurs* au bénéfice des *assurés*.

Catégorie assurée L'ensemble du personnel cadre et/ou non cadre du *souscripteur*.

On entend par :

Personnel cadre : salariés relevant des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,

Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Assuré La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la *catégorie assurée*.

Conjoint Il est entendu par conjoint : le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin :

- le conjoint de l'*assuré*, marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
 - le partenaire lié à l'*assuré* par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
 - le concubin de l'*assuré*, vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et l'*assuré* soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire 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, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.
-

Enfants à charge Sont considérés comme enfants à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'*assuré* ou de son *conjoint*, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie :

- Jusqu'à leurs 18 ans révolus, sans condition,
- A partir du 19^{ème} anniversaire et jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, sous condition, soit :
 - o de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en établissement d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - o d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - o d'être employés dans un établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^{ème} anniversaire du bénéficiaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » et sous réserve d'être âgés de moins de 26 ans au moment du sinistre.

Par assimilation, sont considérés à charge, s'ils remplissent les conditions indiquées ci-dessus, les enfants à naître et nés viables et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, de l'*assuré* décédé (ou en état d'invalidité absolue et définitive) qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès (ou de l'IAD) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Bénéficiaires Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations

Accord de prévoyance Le protocole 158 du 30 novembre 2015 modifié par le protocole 163 du 7 septembre 2020 instituant le régime conventionnel de prévoyance.

Contrat d'assurance Le contrat d'assurance souscrit dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de prévoyance

AUTRES TERMES UTILISES

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Acte authentique	Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises.
Acte sous seing privé	Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public.
Affection de longue durée (ALD)	Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles l'assuré bénéficie de l'exonération du ticket modérateur au titre du remboursement de ses frais de santé par la Sécurité sociale. (articles L322-3 et D322-1 du code de la Sécurité sociale)
Déclaration sociale nominative (DSN)	La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr .
Portabilité	Le maintien des garanties de prévoyance accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.
Procédures collectives	Les procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.legifrance.fr
Salaires brut	Totalité de la rémunération annuelle brute déclarée à l'URSSAF et servant d'assiette au calcul de la cotisation à l'assurance maladie. En sont exclus : <ul style="list-style-type: none">• les primes et gratifications qui ne constituent pas un élément de salaire,• les indemnités et rappels versés à l'occasion du départ de l'entreprise.
Salaires net	On entend par salaire net et dans les conditions prévues dans les garanties concernées, le salaire retenu pour sa valeur nette imposable (avant éventuelle imposition à la source) perçu au cours des 12 derniers mois, après reconstitution éventuelle des périodes de maladie, après déduction des prélèvements sociaux (CSG, CRDS ...) non déductible du revenu imposable et de la part patronale des cotisations aux contrats prévoyance imposable.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les <i>bénéficiaires</i> .
Sinistre	Réalisation du risque
Tranches de salaires A, B et C	Le salaire brut est ventilé en tranches de salaire A, B et le cas échéant C, celles-ci s'entendent ainsi : <ul style="list-style-type: none">• Tranche A (TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,• Tranche B (TB) : tranche de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,• Tranche C (TC) : tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Cette définition des tranches de salaire est différente de celle utilisée par les régimes AGIRC-ARRCO.

PRÉAMBULE

Votre établissement relève des accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS).

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont signé en date du 7 septembre 2020 le protocole n°163 ayant pour objet de redéfinir le régime conventionnel de prévoyance complémentaire instauré par le protocole n°158 du 30 novembre 2015, au bénéfice de l'ensemble du personnel des établissements relevant de son champ d'application, en recommandant les *organismes assureurs* définis au Lexique.

L'employeur, ci-après dénommé « le *souscripteur* » relevant des accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour les adultes (CHRS), souscrit au contrat collectif prévoyance à adhésion obligatoire du régime mis en œuvre par les *organismes assureurs*.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

Communication dématérialisée

L'*organisme assureur* communique progressivement de façon dématérialisée avec l'*assuré* via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat ou de son affiliation.

L'*assuré* peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'*organisme assureur*.



Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

1.1. Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'un des *organismes assureurs* mentionnés au Lexique.

Seuls les établissements entrant dans le champ d'application de l'Accord de prévoyance peuvent souscrire le contrat, au plus tôt au jour de la prise d'effet du protocole n°163.

Le contrat a pour objet d'accorder des garanties Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité / Incapacité permanente professionnelle et Capital Décès / Invalidité Absolue et Définitive (IAD) / Capital pour orphelin, Rente d'éducation, sans sélection médicale, aux salariés cadres et/ou non cadres appartenant aux catégories de personnel fixées par l'Accord de prévoyance, à savoir :

- Personnel cadre : salariés relevant des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947,
- Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947.

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*organisme assureur* accorde aux membres de la *catégorie assurée* les garanties de prévoyance souscrites par le *souscripteur*.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-décès) définies à l'article R931-2-1 du code de la Sécurité sociale.

1.2. Territorialité

L'activité du *souscripteur* est réputée s'exercer en France.

Pour chaque assuré :

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français

ou

- hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale,

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

1.3. Conditions de reprise des en-cours à la date d'effet du contrat

1.3.1. Pour les établissements ayant souscrit précédemment un contrat de prévoyance collectif à adhésion obligatoire auprès d'un autre organisme assureur

1/ Les personnes en arrêt de travail au jour de la date d'effet du contrat, et bénéficiaires d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'établissement auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient au titre du contrat :

- de la revalorisation de leur prestation perçue au titre du contrat de prévoyance collectif souscrit antérieurement, selon les conditions prévues à la notice d'information.
- de la revalorisation de la base des garanties Décès, selon les conditions prévues à la notice d'information.
- de l'éventuel différentiel en cas d'indemnisation moindre d'un assuré par l'organisme assureur antérieur.

2/ Les titulaires de rente éducation au titre du régime conventionnel obligatoire antérieurement souscrit par l'établissement auprès d'un autre organisme assureur, bénéficient de la revalorisation de leur rente perçue au titre du contrat de prévoyance antérieur, dans les conditions prévues à la notice d'information.

1.3.2. Pour les établissements n'ayant pas souscrit antérieurement un contrat de prévoyance collectif sous l'ancien régime

Les personnes en arrêt de travail à la date d'effet du contrat d'assurance et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues au contrat, dès sa date d'effet, y compris pour les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle.

Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Sous réserve d'être déclarées à l'organisme assureur et d'être prises en charge selon les modalités définies à l'article 1.3, les personnes assurables sont :

- La totalité des salariés du *souscripteur* dont le contrat de travail est en vigueur, y compris les salariés en arrêt de travail ou en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle, indemnisés ou non par la Sécurité sociale,
- les salariés dont le contrat est suspendu et qui bénéficient d'un maintien des garanties,
- les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiant de la *portabilité* et couverts à ce titre par un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d'effet du contrat jusqu'à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Important

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN ou ne sont pas traitées par l'organisme assureur via la DSN, le souscripteur doit compléter une liste nominative du personnel.



Le souscripteur doit retourner cette liste nominative dans les trente (30) jours qui suivent la date d'affiliation demandée.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve de la bonne réception de la liste nominative du personnel dûment complétée dans les délais prévus à l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation ».

2.2.1. A la souscription du contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours de contrat

L'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion...).

2.3. Cessation de l'affiliation

Important

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* dans les cas suivants :



- A la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1 « en cas de suspension du contrat de travail »
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail »,
- à la date d'effet de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle l'assuré cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date du décès de l'*assuré*.

Titre 3. Dispositions relatives aux garanties

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'*assuré* et en cas d'incapacité, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de ce dernier après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7.2. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à la date d'effet de son affiliation.

3.2.2. Suspension et cessation des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas prévus à l'article 4.1 « En cas de suspension du contrat de travail ».

Les garanties reprennent effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'*organisme assureur* en soit informé dans les trois mois suivant la reprise de travail. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par l'*organisme assureur* de la déclaration de l'employeur.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé et les décès ou les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 4.1 et 4.2, ainsi qu'au titre 5, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3 « défaut de paiement ».
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail – invalidité, incapacité permanente professionnelle et/ou décès, les assurés dont les garanties sont maintenues au titre de la portabilité, sont couverts selon les nouvelles garanties.

En cas de modification des garanties incapacité temporaire de travail – invalidité, incapacité permanente professionnelle, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, restent couverts selon les modalités contractuelles en vigueur à la date du sinistre.

En cas de modification des garanties décès, les assurés en arrêt de travail pour maladie ou accident, figurant toujours aux effectifs, sont garantis suivant ces nouvelles modalités.

Si leur contrat de travail est rompu, ils seront couverts selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive

3.4.1. Garantie capital décès toutes causes

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) conformément au présent article, en cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, un capital dont le montant est indiqué au tableau des garanties.

Désignation de bénéficiaires liée à la garantie capital décès

En l'absence de désignation particulière de bénéficiaire faite par l'assuré (ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires), les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin ou partenaire de Pacs (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès), l'organisme assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut aux enfants vivants ou représentés par part égales entre eux;
- à défaut, à ses petits-enfants par part égales entre eux;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par part égales entre eux;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par part égales entre eux;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

Toutefois, l'assuré peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé que l'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion directement ou via son employeur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit.

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

Cas Particuliers

- Au cas où le bénéficiaire de 1^{er} rang désigné est un organisme prêteur, le capital décès, lui sera versé à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires désignés de 2nd rang.
- En cas de décès de l'assuré et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le salarié est présumé avoir survécu le dernier,
- En cas de décès de l'assuré intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire condamné à ce titre, le capital est versé, sur justification d'un jugement définitif ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :
 - aux autres bénéficiaires désignés,
 - ou aux bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.

3.4.2. Garantie Invalidité Absolue et Définitive toutes causes

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) toutes causes de l'assuré, celui-ci peut demander à percevoir lui-même et par anticipation le capital décès garanti prévu au contrat et rappelé au tableau des garanties.

Est considéré comme étant en Invalidité Absolue et Définitive, l'assuré reconnu par la Sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie ou classé par la Sécurité sociale en incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80%.

Le versement en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie capital décès sur la tête du salarié.

A savoir

Il est précisé que le médecin-conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 3.7.4. « Contrôle médical ». En cas de contestation, l'assuré, peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.



3.4.3. Capital pour orphelin

Le décès du *conjoint* ou concubin ou de son partenaire de Pacs postérieur ou simultané à celui de l'*assuré* et alors qu'il reste des *enfants à charge*, tel que défini au Lexique, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital mentionné au tableau des garanties.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du *conjoint* au sens du contrat qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'*assuré*, ou survenant au cours du même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,
- postérieur, le décès du *conjoint* au sens du contrat qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'*assuré*.

Bénéficient de la prestation répartie par parts égales entre eux, les enfants qui répondaient à la définition des *enfants à charge* du Lexique au jour du décès de l'*assuré* et qui sont à la charge du *conjoint* au sens du contrat au jour de son décès selon les mêmes critères.

L'Invalidité Absolue et Définitive définie à l'article 3.4.2, du *conjoint*, concubin ou partenaire lié par un Pacs est assimilée au décès pour l'attribution de la prestation « capital pour orphelin ». Le versement en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie.

Si le représentant légal des *enfants à charge* n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Le décès ou l'Invalidité Absolue et Définitive du conjoint survenant postérieurement à la résiliation du contrat d'assurance n'ouvre pas droit à garantie.

3.4.4. Garantie rente d'éducation (assurée par l'OCIRP)

Cette garantie est assurée par l'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, dont l'*organisme assureur* retenu est membre.

L'*organisme assureur* retenu a reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion, gestion des cotisations et des prestations) conformément au règlement général de l'OCIRP.

L'OCIRP est seul responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des *assurés*, des bénéficiaires et des *ayants droit*.

La garantie a pour objet de verser, à chaque *enfant à charge* tel que défini au Lexique, une rente d'éducation, en cas de décès ou par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'*assuré* telle que définie à l'article 3.4.2.

Le montant de la rente variant en fonction de l'âge de l'*enfant à charge* (rente « progressive par palier ») est mentionné au tableau des garanties.

Un palier court du lendemain de la date du décès de l'*assuré*, ou du lendemain du dernier jour du palier précédent, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite mentionné au tableau des garanties.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants invalides tels que définis au Lexique.

Les rentes sont versées aux *enfants à charge* ou à leur représentant légal, trimestriellement d'avance.

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Les rentes sont dues au lendemain du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) de l'*assuré* et cessent au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'enfant ne réunit plus les conditions d'âge et/ou cesse d'être considéré à charge au sens du contrat et en tout état de cause au décès de l'enfant.

Le versement par anticipation en cas d'IAD met fin à la garantie « Rente d'éducation » au titre du décès de l'*assuré*.

3.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle

Définition des garanties

Les garanties en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle ont pour objet d'indemniser les *assurés*, contraints par suite de maladie ou d'accident, d'interrompre partiellement ou totalement leur activité.

Ces garanties s'appliquent aux arrêts de travail, constatés médicalement et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous réserve des dispositions de l'article 3.7.4. « Contrôle médical ».

3.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

Tout *assuré* cessant son travail par suite de maladie ou d'accident est considéré en incapacité temporaire de travail. Il doit en outre percevoir des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires.

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire de travail de l'*assuré*, dans les conditions susvisées et dont le montant est mentionné au tableau des garanties.

Elles peuvent compléter le salaire partiel que le *souscripteur* maintient dans le cadre de la convention collective.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période l'*assuré* perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale sont identiques à celle d'un arrêt maladie ; **le montant de cette indemnité complémentaire ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.**

Tant que le contrat de travail est en vigueur, les prestations sont versées au *souscripteur* et deviennent un élément de salaire, l'*organisme assureur* étant ainsi valablement libéré de ses obligations envers l'*assuré*.

Après rupture du contrat de travail, le montant des prestations mentionné au tableau des garanties est versé directement à l'*assuré* et fera l'objet des prélèvements sociaux (CSG, CRDS...) et impôt à la source.

Le versement des indemnités journalières complémentaires débute à l'issue d'une période d'incapacité temporaire de travail dénommée franchise discontinuée, telle que mentionnée au tableau des garanties, correspondant au cumul d'un nombre de jours d'arrêt de travail (indemnisés ou non par l'*organisme assureur*) survenus au cours des douze (12) mois consécutifs précédant le premier jour du dernier arrêt déclaré.

Toutefois, dès lors que la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail supérieur à 3 jours continus et entrant dans le cadre de l'appréciation de l'indemnisation définie ci-dessus, fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt sous déduction d'une indemnité de Sécurité sociale reconstituée de manière théorique mais non compensée (pour les 3 premiers jours).

Reprise du travail pour motif thérapeutique

Consécutivement à une période d'incapacité totale, les prestations sont versées sous réserve que les indemnités journalières de la Sécurité sociale continuent à être versées dans la limite fixée à l'article 3.7.5. « Règle de cumul ».

Rechute

Si l'*assuré* reprend son activité après une période d'arrêt de travail indemnisée par l'*organisme assureur* et doit l'interrompre à nouveau pour la même cause médicale et dès lors que la rechute est constatée par la Sécurité sociale ou qu'elle correspond à une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 160-14, 3^o et 4^o du Code de la Sécurité sociale), le versement des indemnités journalières reprend sans application de la franchise sous réserve que les prestations de la Sécurité sociale soient versées.

La garantie en vigueur à la date du premier arrêt de travail est retenue pour le calcul des prestations.

Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières sont versées sur présentation des justificatifs mentionnés au titre 8 « Pièces justificatives » et elles cessent :

- à la date à laquelle prennent fin les indemnités journalières servies par la Sécurité sociale y compris en cas de suspension,
- le jour de sa reprise du travail sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique,
- en tout état de cause au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- à la date de la reconnaissance de son invalidité ou de son incapacité permanente professionnelle,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- et en tout état de cause à compter de la liquidation d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire, sauf lorsque l'*assuré* est en cumul emploi-retraite,
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle

Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité à tout *assuré*, considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité, constatée médicalement, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- soit, est reconnu par la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité suivantes :
 - Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,

et qui bénéficie par ailleurs d'une pension de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale ;

- soit, est reconnu invalide par la Sécurité sociale, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé soit au moins égal à 33%. L'assuré doit également percevoir, au titre de son incapacité permanente professionnelle, une rente versée par la Sécurité sociale.

L'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66% est assimilée à une invalidité permanente de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale. La perception d'une allocation de tierce personne de la Sécurité sociale entraîne l'assimilation à une invalidité permanente de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale.

Aucune prestation n'est due par l'organisme assureur si le taux d'incapacité est, ou devient inférieur à 33%.

Il est précisé que le médecin conseil de l'organisme assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au contrat. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Le montant de la rente d'invalidité est mentionné au tableau des garanties.

Paiement et durée des prestations

Les rentes complémentaires d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle sont versées à l'*assuré* mensuellement à terme échu. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Cessation du versement des prestations

Les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle cessent :

- à la date à laquelle l'*assuré* cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- au jour de la reprise du travail à temps complet, ou temps partiel (sauf si préconisée pour raison thérapeutique),
- lorsque le taux d'incapacité permanente professionnelle devient inférieur aux taux prévus au tableau des garanties ouvrant droit à garantie,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'organisme assureur conformément à l'article 3.7.4. « Contrôle médical » sauf cas fortuit et de force majeure,
- à compter de la date d'attribution d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire,
- en tout état de cause au décès de l'*assuré*.

3.6. Exclusions

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	Décès ⁽¹⁾	Incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente professionnelle
• de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide) ;	•	•
• de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;	•	•
• d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;	•	•
• de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;	•	•
• d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérieuse par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérieuse », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.	•	•

⁽¹⁾ Décès = Garanties décès, Invalidité Absolue et Définitive, capital pour orphelin, rente d'éducation.

3.7. Prestations

3.7.1. Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations, est le salaire brut ayant servi d'assiette aux cotisations prévoyance au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance,

Dans le cas où la période de référence est inférieure à la durée définie au paragraphe ci-dessus, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Si la période de référence est inférieure à un mois, le salaire de référence est celui prévu au contrat de travail.

Pour les assurés dont le contrat de travail est toujours en cours, en temps partiel pour raison thérapeutique ou en invalidité faisant l'objet d'une reprise de passif et bénéficiant antérieurement d'un contrat de prévoyance, le salaire de référence des garanties Incapacité Temporaire de Travail est constitué par la seule fraction de rémunération perçue réellement au cours des douze mois civils ayant précédé le nouvel arrêt de travail dont la cause est sans rapport avec la maladie ou l'Accident à l'origine de la situation.

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul du salaire de référence sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues à l'article 3.7.7.

Pour la garantie Incapacité Temporaire de Travail, le salaire de référence servant au calcul des prestations est divisé par 365.

Si pendant la période de référence l'assuré a perçu un revenu de remplacement et bénéficie du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1.1 de la notice d'information le salaire de référence intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent bruts de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

3.7.2. Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué conformément aux dispositions prévues dans chacune des garanties.

Les prestations 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 cours de versement des prestations, l'organisme assureur peut demander au bénéficiaire de la prestation, un justificatif de sa qualité.

Cas des prestations décès n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

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

Pour l'application des dispositions du présent article, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

3.7.3. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout événement ouvrant droit à garantie doit être déclaré selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives, en tant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie. Ainsi, l'organisme assureur effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'organisme assureur peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur dans les **trente (30) jours qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail**, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

L'organisme assureur pourra refuser la prise en charge du sinistre si la déclaration tardive lui a causé un préjudice.(notamment : l'impossibilité pour l'organisme assureur de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Cas spécifique de la garantie incapacité temporaire

En cas d'arrêt de travail de plus de trente jours et après la période de franchise, un **certificat médical d'incapacité de travail (CMIT fourni par l'organisme assureur)**, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer doit être envoyé par l'assuré.

Ce certificat médical doit être rempli par le médecin traitant de l'assuré ou tout autre médecin de son choix **et retourné dans un délai de trente jours** sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'organisme assureur.

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une suspension et seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou du souscripteur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

3.7.4. Contrôle médical

L'organisme assureur peut procéder via un médecin désigné par lui, au contrôle médical de l'assuré qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À toute époque, les médecins missionnés par l'organisme assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'organisme assureur.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix ou tout autre représentant.

L'organisme assureur se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'organisme assureur notifie par lettre recommandée à l'assuré les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

En cas de contestation, l'*assuré* notifie par lettre recommandée dans un délai de dix jours à compter de la réception du courrier de l'*organisme assureur* (cachet de la poste faisant foi) :

- Soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :
 - l'*assuré* peut mentionner dans son courrier le nom du médecin ou tout représentant qui l'assistera dans le cadre de ce nouveau contrôle.
 - l'*assuré*, ou tout représentant ou le cas échéant, le médecin de l'*assuré* et celui choisi par l'*organisme assureur*, nommeront un médecin agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'*organisme assureur* et l'*assuré*.Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal compétent du domicile de l'*assuré*.
- Soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

3.7.5. Règle de cumul

Au titre des garanties en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité et incapacité permanente professionnelle, les prestations versées par l'*organisme assureur* ont pour objet de couvrir tout ou partie de la perte de salaire subie par l'*assuré*.

Elles ont donc un caractère indemnitaire.

De ce fait, le cumul des prestations servies au titre des garanties précitées :

- par l'*organisme assureur*,
- par la Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- par tout autre organisme,
- le cas échéant, par l'assurance chômage obligatoire,
- ainsi que les éventuels salaires versés par le *souscripteur* ou par un autre employeur en cas de reprise d'une activité rémunérée,
- ainsi que tout revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnité d'activité partielle...),

ne peut excéder le *salaire net* de l'*assuré* déterminé à la date de l'arrêt de travail (et qui peut être éventuellement revalorisé dans les conditions prévues au contrat). Le cas échéant, les prestations versées par l'*organisme assureur* sont réduites à due concurrence. Le montant du *salaire net* doit être communiqué à l'*organisme assureur* en même temps que la déclaration d'arrêt de travail.

Dans le cadre de cette règle de cumul, les éléments précités à l'exception des indemnités journalières de la sécurité sociale, sont retenus pour leur montant net quel que soit le destinataire du paiement.

Lorsque les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives, les indemnités journalières complémentaires versées par l'*organisme assureur* ne compenseront pas cette minoration.

3.7.6. Revalorisation

Revalorisation des prestations décès

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

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

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

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation du contrat.

(*) article également applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L.932-23 du code de la Sécurité sociale.

Revalorisation des prestations en cours de service

Sont revalorisables les prestations en cours de service : rente éducation, indemnités journalières, rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle.

Les prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées le 1er juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO. Ces revalorisations ne s'appliquent qu'aux arrêts de travail de plus de six mois continus.

La revalorisation des rentes éducation s'effectue en tenant compte du taux décidé par le Conseil d'administration de l'OCIRP de façon annuelle.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

Revalorisation de la base des prestations en cas de décès d'un assuré en arrêt de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive à la suite d'un arrêt de travail, le salaire de référence des garanties capitaux décès est revalorisé, en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre :

- la date du décès ou la date de l'exigibilité du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive,

et

- la date d'arrêt de travail.

En cours de vie du contrat, lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance du décès ou la constatation de l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation est revalorisé selon un indice fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'OCIRP, et tenant compte notamment de l'inflation.

3.7.7. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Pour les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière, l'organisme assureur verse les prestations aux bénéficiaires après déduction des prélèvements (C.S.G – C.R.D.S.- Impôt à la source...) éventuellement applicables dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Cette disposition ne s'applique pas aux indemnités journalières lorsqu'elles sont versées au souscripteur (contrat de travail de l'assuré en vigueur).

3.8. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture prévoyance, la Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la Sécurité sociale.

Titre 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à :

- un maintien total ou partiel de salaire ou un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité ...) versé par l'employeur,
- ou à une indemnisation complémentaire en vertu du contrat (indemnités journalières ou rente d'invalidité, d'incapacité permanente professionnelle),
- ou lorsque la suspension du contrat de travail est due dans tous les cas à un arrêt pour maladie, accident ou maternité,
- ou à l'exercice du droit de grève,

les garanties définies au contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée, et ce, moyennant paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 4.1.1 « Suspension du contrat de travail rémunéré » :

- **Pour tout congé non rémunéré quelle que soit sa durée**, le salarié bénéficie du maintien de toutes les garanties du contrat en contrepartie des cotisations à régler par l'employeur dans les mêmes conditions que pour les salariés actifs relevant de la même catégorie, et ce **pendant le premier mois de suspension** ;

et

- **Pour tout congé non rémunéré de plus d'un mois**, les garanties sont suspendues à compter du deuxième mois, et le salarié peut demander, à compter de cette date, le maintien des seules garanties décès en contrepartie du paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Les cotisations sont dues dans les conditions prévues au Titre 6 « Les cotisations ».

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* bénéficie du maintien des garanties (*portabilité*). Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des assurés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

Le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* dans les plus brefs délais.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,

et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,

ou le cas échéant,

- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Les prestations sont versées directement à l'*assuré*.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- la cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quelle qu'en soit la cause,
- la liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- la cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- la résiliation du contrat.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini au contrat, étant précisé que la période prise en compte 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).

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du contrat. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'*assuré* ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'*assuré* n'a pas encore été versée (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité. L'allocation chômage vient en déduction des prestations services par le contrat au titre de la portabilité.

En tout état de cause, les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties. En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié dans les conditions visées à l'article 3.3. « Modifications des garanties en cours de contrat ».

Titre 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations

La résiliation du contrat met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-dessous.

Le *souscripteur* est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation du contrat.

5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la *portabilité* (article 5 « Loi Evin »)

Les assurés concernés peuvent demander à continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

5.2. Prestations en cours de service

Les prestations incapacité temporaire de travail – invalidité – incapacité permanente professionnelle et rente d'éducation, en cours de service, continuent à être versées à leur niveau atteint à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

On entend par prestations au niveau atteint, le cumul de la prestation de base et des revalorisations intervenues jusqu'à la date de résiliation du contrat.

5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evin »)

Les garanties décès (à l'exception des garanties liées au décès ou l'IAD d'une autre personne que l'*assuré* : capital pour orphelin) sont maintenues aux *assurés* se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité de travail, en invalidité ou en incapacité permanente professionnelle. **Ce maintien cesse dès que ces prestations cessent elles-mêmes.**

5.4. Revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que le nouvel *organisme assureur* :

- prendra en charge la revalorisation des prestations en cours de service au titre de l'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité – incapacité permanente professionnelle ainsi que celles des rentes d'éducation,
- revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.

En l'absence d'un nouvel assureur :

La revalorisation des prestations en cours de service (article 5.2) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 5.3), continue d'être effectuée dans les conditions et modalités prévues au contrat.

5.5. Obligations du *souscripteur* du fait de la résiliation

En cas de changement d'*organisme assureur*, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

- les prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ainsi que les rentes d'éducation en cours de service,
- les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès,

seront revalorisées par le nouvel *organisme assureur*.

Il lui appartient également de s'assurer que le nouvel organisme prendra en charge le maintien des garanties à ses anciens salariés bénéficiant de la *portabilité* pour la période de droits restant à couvrir.

Il incombe également au *souscripteur*, quelle que soit l'origine et la cause de la résiliation, d'informer l'ensemble des *assurés* de la cessation des garanties.

Titre 6. Cotisations

6.1. Assiette et montant

6.1.1. Base de calcul des cotisations

La base de calcul des cotisations permet de définir le montant des cotisations que le *souscripteur* verse à l'*organisme assureur*. Elle correspond au *salaire brut* annuel de l'*assuré* dans la limite des tranches de salaire A, B et C.

Pour le personnel non cadre la base de calcul des cotisations est limitée à la tranche B.

Pour les salariés ayant perçu un revenu de remplacement versé par le souscripteur et bénéficiant d'un maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1.1 de la notice d'information la base de calcul des cotisations intègrent les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties. Ces revenus de remplacement s'entendent brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Pour les *assurés* dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties décès, la base de calcul des cotisations correspond au salaire brut annuel des douze mois civils précédant la suspension. Le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) est à sa charge exclusive.

Pour les *assurés* en arrêt de travail, cette base comprend également la part des indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire assujetti aux charges sociales.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

6.2. Modalités de paiement

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul, le cas échéant à partir de la fiche de paramétrage DSN et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré*, à l'exception des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

6.3. Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix (10) jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

Si le paiement n'intervient pas, les organismes assureurs se réservent le droit de suspendre les garanties trente (30) jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié dix (10) jours après la date d'effet de la suspension.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La résiliation met fin aux garanties selon les modalités prévues au titre 5 « Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations ».

Dans tous les cas, les cotisations antérieures à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des *assurés* restent dues. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

Titre 7. Références légales

7.1. Déchéance

Le *bénéficiaire* qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'*assuré* est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

L'*assuré* ou le *bénéficiaire* de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur* et l'intégralité des prestations qui auraient été indument versées devra être restituée.

7.2. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux 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.

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire* intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du *bénéficiaire* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire*.

La prescription est portée à :

- cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail.
- dix ans pour le risque décès si le *bénéficiaire* n'est pas l'*assuré* et, dans les opérations relatives à la couverture du risque *accident*, lorsque les *bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*assuré* en cas de décès de celui-ci.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du *bénéficiaire* sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'*assuré*.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi :

- d'une lettre recommandée avec avis de réception lorsque l'*organisme assureur* s'adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception lorsque l'*assuré* ou le *bénéficiaire* s'adresse à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3. Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès

L'organisme assureur est tenu de vérifier au moins annuellement que l'*assuré* n'est pas décédé auprès des organismes professionnels habilités (article L. 132-9-3 du Code des assurances), et de rechercher, lorsqu'il est informé du décès, les bénéficiaires des prestations (article L 132-8 du Code des assurances), par tous moyens à sa disposition (informations figurant au contrat, à la désignation bénéficiaire, auprès des notaires, mairies ...).

Toutefois les sommes dues en raison du décès de l'*assuré* qui n'ont fait l'objet d'aucune demande de paiement pendant un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur, sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions prévues aux articles L. 132-27-2 et R. 132-5-5 du Code des assurances. Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'*organisme assureur* envers le ou les bénéficiaires des prestations.

Les sommes transférées à la Caisse des dépôts et consignations, qui n'auront pas été réclamées par le ou les bénéficiaires, seront définitivement acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

7.4. Recours contre tiers responsable

Lorsque l'*assuré* est atteint d'une affection ou est victime d'un *accident* susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son *organisme assureur*.

Par ailleurs, les prestations que l'*organisme assureur* verse en cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'*assuré*, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'*assuré*, le *bénéficiaire* ou leurs ayants droit subrogent expressément l'*organisme assureur* dans leurs droits ou actions contre l'*organisme assureur* du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* doit être informé par l'*assuré* victime, le *bénéficiaire* ou leurs ayants-droit.

7.5. Réclamation –médiation

❖ Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :

- Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22,
- Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00.

❖ Réclamation et médiation

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'Institution) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat [le participant, l'ancien participant, le(s) ayant(s)-droit, le(s) bénéficiaire(s)] ainsi que leur(s) représentant(s).

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser :

- Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2ramondiale.fr ;
- Via l'espace client ;
- Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
 - 09 72 67 22 22 pour les entreprises,
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

Le réclamant recevra un accusé de réception dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse a été apportée dans ce délai.

L'Institution s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Institution, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>;
- Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérés

75008 Paris Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'Institution. Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable. L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

7.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

7.7. Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

- 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 ;
- Des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'Institution en matière de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts 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.

(*) Sont exclus de ces opérations les contrats intermédiés par un mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS. Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Institution, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

L'Institution peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondé 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. Sur demande, le bénéficiaire peut demander à être informé de l'existence d'une décision automatisée et la communication de la logique qui en est à l'origine. Également, dans ce cadre, il peut demander l'intervention d'une personne humaine afin d'obtenir un réexamen de la situation, exprimer son propre point de vue et obtenir une explication ou contester la décision prise. Le bénéficiaire peut exercer ces droits en communiquant sa demande à l'adresse du Délégué à la protection des données d'AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. ».

Caractère obligatoire de la fourniture des données et conséquences éventuelles de la non-fourniture de ces données

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'Institution de les mettre en œuvre.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'adhérente et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Durées de conservation

Les données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescriptions légales en vigueur. A l'issue de ces délais, ses données seront purgées.

Ainsi, les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat en base active et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription en base intermédiaire.

Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact ou le terme de son contrat.

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres d'AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Eventuels transferts de données vers un pays hors de l'Union européenne

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européennes présente bien des garanties appropriées pour assurer une protection des données équivalentes à celle prévue au sein de l'Union Européenne.

Notamment, figurent parmi ces garanties, les clauses contractuelles types, qui sont des modèles de clauses adoptées par la Commission européennes ou par les autorités de contrôle.

Tout intéressé peut demander l'obtention d'une copie de ces garanties ou encore l'endroit où elles sont mises à disposition, en s'adressant à l'adresse du Délégué à la protection des données d'AG2R LA MONDIALE : « AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. ».

Droits de la personne concernée et modalités d'exercice de ces droits

Le bénéficiaire peut demander l'accès aux données le concernant et leur rectification. Il dispose, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de son traitement. Il a également la faculté de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses 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.

L'Institution apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le bénéficiaire considère que le traitement des données le concernant constitue une atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse susmentionnée.

L'institution informe de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'Institution : <https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

7.8. Autorité de contrôle

Les *organismes assureurs* sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

Titre 8. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

L'*organisme assureur* ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

L'*organisme assureur* se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaire pour procéder au versement des prestations y compris après paiement de celles-ci. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'*organisme assureur*.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAJ TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORPHELIN	RENTE D' EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Déclaration de sinistre fournie par l' <i>organisme assureur</i> et complétée par le <i>souscripteur</i> certifiant que l' <i>assuré</i> faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations (article 3.7.1. « Base de calcul des prestations »).	X	X		X	X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X	X		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d' <i>enfant à charge</i> à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l' <i>assuré</i> , contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X	X	X
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l' <i>assuré</i> ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du <i>bénéficiaire</i> chaque année				X	X	X
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			X	X		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		X				X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l' <i>assuré</i> en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à 80%		X				X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l' <i>assuré</i> sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X			X	X
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l' <i>organisme assureur</i> dûment complété		X			X	X
En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes..) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant					X	

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORPHELIN	RENTE D' EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORPHELIN	RENTE D' EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le <i>bénéficiaire</i> n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			X		X	X
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident) - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 					X	X
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt					X	X
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite					X	X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente professionnelle au moins égal à 33%.						X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale						X
RIB des <i>bénéficiaires</i>	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l' <i>assuré</i> (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X	X	X			

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de votre Institution en application de la Convention collective de notre profession.

A _____ le _____

Signature

