

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

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
Notice d'information Prévoyance**

Non cadres et cadres

Édition janvier 2026

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information relative au régime de prévoyance « Accords collectifs de travail applicables dans les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et de réinsertion pour les adultes (CHRS) – Régime conventionnel – édition janvier 2026 » auquel il a adhéré auprès d'AG2R LA MONDIALE en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____

Signature :

SOMMAIRE

TITRE 1	LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	8
1.1.	Objet du contrat	8
1.2.	Obligations liées à la territorialité	8
TITRE 2	LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT	9
2.1.	Conditions et formalités d’affiliation	9
2.2.	Prise d’effet de l’affiliation	9
2.3.	Cessation de l’affiliation	9
TITRE 3	LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	11
3.1.	Objet des garanties	11
3.2.	Prise d’effet et cessation des garanties	11
3.3.	Modifications des garanties en cours de contrat	11
3.4.	Garanties décès et Invalidité Absolue et Définitive	12
3.5.	Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle	15
3.6.	Exclusions	18
3.7.	Prestations	18
3.8.	Degré élevé de solidarité	23
TITRE 4	MAINTIEN DES GARANTIES	24
4.1.	En cas de suspension du contrat de travail	24
4.2.	En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	24
TITRE 5	EFFET DE LA RESILIATION SUR LES GARANTIES ET LES PRESTATIONS	27
5.1.	Pour les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité (article 5 « Loi Evin ») :	27
5.2.	<i>Prestations en cours de service :</i>	27
5.3.	Pour les garanties décès (art 7.1 « Loi Evin ») :	27
5.4.	Revalorisations en cas de résiliation	27
❖	. En cas de changement d’assureur :	27
	En application de l’article L.913-3 du code de la Sécurité sociale, il incombe à l’employeur de s’assurer que le nouvel organisme assureur :	27
-	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,	27
-	revalorisera les bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès.	27
❖	En l’absence d’un nouvel assureur :	27
	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.	27
5.5.	Obligations du souscripteur du fait de la résiliation	28
TITRE 6	LES COTISATIONS	29
6.1.	Assiette et montant	29
6.2.	Modalités de paiement	29
6.3.	Défaut de paiement	29
TITRE 7	REFERENCES LEGALES	31
7.1.	Déchéance	31
7.2.	Prescription	31
7.3.	Dispositions particulières concernant le versement des prestations décès	32

7.4. Recours contre tiers responsable	32
7.5. Renseignement - Réclamations et Médiation	33
7.6. Juridiction compétente	34
7.7. Protection des données à caractère personnel	34
7.8. Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - mesures restrictives et sanctions internationales	35
7.9. Autorité de contrôle	36
Titre 8. Pièces justificatives	37
Annexe I – GARANTIES	39
Annexe II – ECHANGES DEMATERIALISES	41

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat 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 : - 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 92320 Chatillon. 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 <i>l'organisme assureur</i> 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 : 51, boulevard Vivier Merle – 69003 Lyon - 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. <i>L'organisme assureur</i> 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, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le contrat d'assurance avec les <i>organismes assureurs</i> (l'OCIRP pour la rente éducation et l'organisme retenu pour les autres garanties) au bénéfice des <i>assurés</i>.
Catégorie assurée	L'ensemble du personnel cadre et/ou non-cadre du <i>souscripteur</i> tel que visé au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières. On entend par : Personnel cadre : salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.
Assuré	La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la <i>catégorie assurée</i>.
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 :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en établissement d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - 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,
 - d'être employés dans un établissement et Service d'Accompagnement 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 L'Accord organisant le régime conventionnel de prévoyance du 08.10.2025.

Contrat d'assurance Le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes conditions générales, 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 indemnisés par l'assurance chômage 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
Salaire 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 : • 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.
Salaire 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 salaire 1 et 2	Le salaire est ventilé en tranches de salaire 1 et 2, celles-ci s'entendent ainsi : • Tranche 1 (T1) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale, • Tranche 2 (T2) : tranche de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

PRÉAMBULE

Votre 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 le contrat d'assurance collective obligatoire du régime de prévoyance mis en œuvre par *les organismes assureurs* définis au Lexique de la présente notice d'information, au bénéfice de l'ensemble des salariés cadres et/ou non cadres tels que définis au lexique.

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

Ce document indique également le contenu des clauses édictant les causes de nullités, d'exclusions ou de limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis au regard notamment des dispositions légales, réglementaires, fiscales et conventionnelles en vigueur à la date de la prise d'effet du contrat. Les changements apportés à ces dispositions postérieurement à la date d'effet du contrat ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements des organismes assureurs.

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par votre employeur. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une nouvelle notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par *l'organisme assureur*.

Vous devez compléter et remettre à votre employeur l'attestation se trouvant en deuxième page ; cette attestation est destinée à certifier que vous avez bien reçu la présente notice.

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

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.

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 citées ci-dessous :

- Personnel cadre : salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres,
- Personnel non-cadre : salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

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. Obligations liées à la territorialité

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

Pour chaque assuré :

Les garanties sont acquises 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 impérieuse par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

2.1. Conditions et formalités d’affiliation

2.1.1. *Personnes assurables*

Les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du souscripteur (selon les catégories visées au contrat) 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 (selon les catégories visées au contrat) 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*

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

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.

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 en annexe de la présente notice d'information.

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 1^{er} 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 4.1.2. 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,
- 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 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 en annexe de la présente notice d'information.

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 parts égales entre eux;
- à défaut, à ses petits-enfants par parts égales entre eux;
- à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales entre eux;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants par parts 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 ou par le formulaire en ligne (si cette possibilité est ouverte pour le contrat auprès de *l'organisme assureur*). 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 donc 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 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 en annexe de la présente notice d'information.

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.

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, tels que définis au lexique, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital mentionné en annexe de la présente notice d'information.

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 événement 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.

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 en annexe de la présente notice d'information.

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 en annexe de la présente notice d'information.

Cette rente d'éducation est versée à titre viager pour les enfants handicapés 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 en annexe de la présente notice d'information.

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 en annexe de la présente notice d'information 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 discontinue, telle que mentionnée en annexe de la présente notice d'information, 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°, 4° et L 160-15 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.

Païement 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 1095ème 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 fixé en pourcentage de la base de calcul des prestations sous déduction de la pension d'invalidité brute de la Sécurité sociale et est mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Païement 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.

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 en annexe de la présente notice d'information 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 décès, Invalidité Absolue et Définitive, capital pour orphelin, rente d'éducation, incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle, les sinistres résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels volontaires 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 impérative 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 impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

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.

Toutefois, 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 constituée 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 présente 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 évènement 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.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à *l'organisme assureur* (notamment : l'impossibilité pour *l'organisme assureur* de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

3.7.4. Contrôle médical

L'organisme assureur peut faire procéder par 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 (10) 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 autre 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.
 - Chaque partie finance les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.
- 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 (indemnités 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 1^{er} novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} 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 1^{er} 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.

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

Est prévu 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.

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 rémunérée » :

- **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 contrat.

Toutefois 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 à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas, **les garanties sont suspendues. Faute de paiement dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure, l'assuré ne bénéficie plus du maintien facultatif des garanties décès**

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 un licenciement pour faute lourde, l'assuré bénéficie du maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale. 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 (12) mois**. Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Le maintien des garanties cesse à la date de :

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

5.1. Pour les 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, rente d'éducation en cours de service continuent à être versées à leur niveau atteint (y compris les revalorisations) à la date de la résiliation dans les conditions prévues par le contrat.

5.3. Pour les 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.913-3 du code de la Sécurité sociale, il incombe à l'employeur 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 le nouvel organisme assureur :

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

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 1 et 2.

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 des conditions générales la base de calcul des cotisations intègre 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 assujéti aux charges sociales.

6.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont exprimés 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 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.

Les arrêts de travail ou les décès intervenant durant la suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

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 ».

7.1. Déchéance

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire de l'assuré est déchu du bénéfice des garanties décès. Les capitaux décès sont alors versés aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de la désignation sauf s'ils ont été eux-mêmes condamnés comme co-auteurs ou complices

En outre, l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) des prestations sont déchus 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 pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation 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 (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 (5) ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

Elle est portée à dix (10) ans pour les opérations dont l'objet est de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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 (30) 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 du Code civil,**
- **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 du Code civil.**

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que *l'organisme assureur* adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire 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.

L'assuré victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le bénéficiaire ou leurs ayants droit doivent en informer *l'organisme assureur* lors de la demande de prestation.

7.5. Renseignement - Réclamations et Médiation

❖ Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur 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'organisme assureur) : l'entreprise ainsi que les personnes couvertes ou ayant été couvertes au titre du contrat (l'assuré, l'ancien assuré, 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'organisme assureur 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'organisme assureur 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'organisme assureur, 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 Cambacérès
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

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'organisme assureur, membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

Elles sont également utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par le GIE AG2R et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'organisme assureur (*) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur notre site internet.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Nous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il est possible de s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

() Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.*

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence :

Le souscripteur déclare et garantit à l'organisme assureur 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'organisme assureur selon les modalités mises à disposition ;
- 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 présent contrat ;
- 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 quel 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'organisme assureur 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.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti 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.

A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur 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 assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur 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'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat 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'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

7.9. 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

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	IAD TOUTES CAUSES	CAPITAL POUR ORPHELIN	RENTE D' EDUCATION	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par le souscripteur certifiant que l'assuré 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'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif délivré par l'Organisme d'Etat en charge de l'emploi en France 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'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire 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'assuré 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'assuré sous réserve des articles 3.7.3. « Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives »		X			X	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
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur 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	
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 : - 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'invalidité 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			

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

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

Annexe I – GARANTIES

Descriptif des garanties	Prestations en % du salaire de référence sauf mention différente (*)
GARANTIES EN CAS DE DECES	
CAPITAL DECES TOUTES CAUSES Versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s), en cas de décès de l'assuré, quelle que soit sa situation de famille, égal à :	220 %
INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D) TOUTES CAUSES Versement d'un capital à l'assuré en cas d'IAD ⁽¹⁾ , par anticipation sur sa demande, égal à : Le versement en cas d'I.A.D à l'assuré met fin à la garantie capital décès toutes causes.	100% du capital décès toutes causes, prévu ci-dessus
CAPITAL POUR ORPHELIN Versement d'un capital en cas de décès du conjoint ⁽¹⁾ ou par anticipation d'Invalidité absolue et définitive ⁽¹⁾ du conjoint, survenant simultanément ou postérieurement au décès de l'assuré, d'un capital (réparti par parts égales entre eux) aux enfants initialement à charge du salarié ⁽¹⁾ et demeurés jusqu'à cette date à charge du conjoint, égal à : Le versement en cas d'I.A.D du conjoint ⁽¹⁾ met fin à la garantie capital pour orphelin.	100% du capital décès toutes causes, prévu ci-dessus
GARANTIE RENTE EDUCATION OCIRP	
Versement en cas de décès ou par anticipation d'Invalidité absolue et définitive ⁽¹⁾ de l'assuré, d'une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge ⁽¹⁾ , d'un montant annuel égal à : • jusqu'au 12^{ème} anniversaire : • du 12^{ème} au 19^{ème} anniversaire : • du 19^{ème} au 26^{ème} anniversaire (sous conditions selon les dispositions prévues aux Conditions générales) : La rente est versée à titre viager pour les enfants à charge reconnus handicapés avant leur 26 ^{ème} anniversaire. Le versement en cas d'I.A.D à l'assuré met fin à la garantie rente éducation.	8 % 10 % 12 %
GARANTIE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	
Versement en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré pris en charge par la Sécurité sociale d'indemnités journalières complémentaires à l'issue d'une franchise correspondant à :	90 jours continus ou discontinus d'arrêts de travail ⁽²⁾
Montant des indemnités journalières complémentaires :	80 % (3) (4)
GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ET INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	
Versement en cas d'invalidité de l'assuré prise en charge par la Sécurité sociale, d'une rente complémentaire en cas de reconnaissance dans l'une des situations suivantes, dont le montant annuel est défini ci-contre :	
• Rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	80 % (3) (4)
• Rente d'invalidité de 1^{ère} catégorie	48 % (3) (4)
• Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % (inclus) et 66 %	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2 ^{ème} catégorie est affecté du coefficient 3N/2 (N : taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale) ⁽⁴⁾

(*) Le salaire de référence est défini dans la notice d'information ; il est pris en compte dans la limite des tranches T1/T2.

(1) Tels que définis dans la notice d'information.

(2) La franchise est appréciée au premier jour d'arrêt de travail en décomptant tous les jours d'arrêts intervenus (indemnisés ou non par l'organisme assureur) au cours des 12 mois consécutifs antérieurs.

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).

(3) y compris les prestations brutes de prélèvements sociaux (CSG et de CRDS...) de la Sécurité sociale.
(4) dans la limite de la règle de cumul (limitation au net) visée dans la notice d'information.

Annexe II – ECHANGES DEMATERIALISES

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre l'organisme assureur et le souscripteur ou l'assuré 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 le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;

- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur et l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).

- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur 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 au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

b) Mise en œuvre et vérifications par l'organisme assureur

Lorsque l'organisme assureur souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation du souscripteur ou de l'assuré.

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

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

c) Fourniture et mise à disposition d'informations et de documents par l'organisme assureur

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'organisme assureur peut mettre à disposition ou fournir au souscripteur ou à l'assuré, 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.

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

Le souscripteur et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client du souscripteur, 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.

Le souscripteur et l'assuré 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 au paragraphe a) ci-dessus n'est pas adapté à la situation du souscripteur et de l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'organisme assureur sous format papier.

d) Droit d'opposition du souscripteur et de l'assuré

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

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 92320 Chatillon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale. Numéro SIREN 775 691 181. Siège social :51, boulevard Vivier Merle – 69003 Lyon

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, 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.



CG PREV CHRS (01/2026) (Novembre 2025) - Pôle Contrats Chartres