

Convention collective nationale des commerces
de gros de l'habillement, de la mercerie, de la
chaussure et du jouet

Prévoyance

Garantie complémentaire

NOTICE D'INFORMATION

au contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
« contrat de base prévoyance »

Catégorie de personnel visé par le contrat d'adhésion

Sommaire

Lexique	3
Préambule.....	5
Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat.....	6
1.1. Objet du contrat	6
Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat	7
2.1. Formalités d'affiliation	7
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	7
2.3. Suspension - Cessation de l'affiliation	7
Titre 3. Dispositions relatives aux garanties	8
3.1. Objet des garanties	8
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties.....	8
3.3. Modifications des garanties en cours de contrat.....	8
3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive	8
3.5. Garantie arrêt de travail : incapacité temporaire de travail.....	11
3.6. Garantie arrêt de travail : invalidité ou incapacité permanente professionnelle	12
3.7. Exclusions	14
3.8. Prestations	14
Titre 4. Maintien des garanties	17
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	17
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>).....	17
4.3. En cas de cessation du contrat de travail (<i>assuré en arrêt de travail</i>)	18
Titre 5. Effet de la résiliation sur les garanties et les prestations	19
5.1. Assurés en activité et ceux bénéficiant de la <i>portabilité</i> (article 5 « Loi Evvin »)	19
5.2. Prestations en cours de service.....	19
5.3. Garanties décès (art 7.1. « Loi Evvin »).....	19
5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation	19
5.5. Obligations du <i>souscripteur</i> du fait de la résiliation.....	19
Titre 6. Cotisations.....	20
6.1. Assiette	20
6.2. Modalités de paiement.....	20
6.3. Exonération des cotisations	20
6.4. Défaut de paiement	20
Titre 7. Références légales	21
7.1. Fausse déclaration	21
7.2. Déchéance	21
7.3. Prescription.....	21
7.4. Subrogation.....	22
7.5. Renseignement - Réclamation – Médiation	22
7.6. Juridiction compétente.....	22
7.7. Protection des données à caractère personnel	22
7.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	23
7.9. Autorité de contrôle	24
Titre 8. Pièces justificatives	25
ANNEXE - Echanges dématérialisés	28

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat sont définis dans ce lexique :

PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

Le(s) Assureur(s) Pour la couverture des garanties Arrêt de travail et Décès/Invalidité Absolue et Définitive (hors Rente éducation) :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**,
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale,
Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ;
- et
- **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 Maiesherbes
75008 Paris - SIREN 333 232 270.

sont co-assureurs pour une quote-part respective de 50%.

Pour la couverture de la garantie Rente éducation :

- **l'OCIRP**,
Organisme Commun des Institutions des Rentes et de Prévoyance, Union
d'institutions de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale – n°SIREN
788 334 720 ; Siège social 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris.

est l'assureur (Malakoff Humanis Prévoyance et AG2R Prévoyance sont habilités à gérer la garantie Rente éducation pour son compte).

Dans la présente notice d'information, Malakoff Humanis Prévoyance, AG2R Prévoyance, l'OCIRP sont dénommés « l'assureur » ou « *les assureurs* » selon le cas. L'entreprise choisit de souscrire auprès de Malakoff Humanis Prévoyance ou d'AG2R Prévoyance (chacun s'étant donné respectivement mandat de signature pour recueillir l'adhésion), lequel reste l'interlocuteur unique de l'entreprise et des bénéficiaires du contrat.

Souscripteur L'entreprise relevant de la Convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le *contrat d'assurance* avec l'*assureur* au bénéfice des assurés.

Catégorie assurée L'ensemble des salariés (cadres et/ou non cadres) du *souscripteur* appartenant aux catégories *assurées* définies au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, ainsi que les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiaires de la portabilité, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».

Notice d'information Document rédigé par l'*assureur* et remis aux assurés par le *souscripteur*, définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Assuré La personne garantie par le contrat et appartenant à la *catégorie assurée*.

Conjoint / Concubin / Partenaire de PACS On entend par conjoint l'époux ou l'épouse de l'assuré non divorcé par un jugement définitif.

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que l'assuré et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union ;
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune ;

On entend par partenaire de PACS la personne liée à l'assuré par un PACS tel que défini à l'article 515.1 du code civil.

Enfants à charge	Sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'assuré ou ceux de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacs ou concubin, dont la filiation avec ces derniers, y compris adoptive, est légalement établie, et s'ils vivent sous le toit de l'assuré et sont à la date du sinistre : – âgés de moins de 18 ans, sans condition ; – âgés de 18 à 21 ans s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré quelle que soit leur activité et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du Smic ; – âgés de 21 à 25 ans révolus s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal de l'assuré et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du Smic ; – atteints d'un handicap, titulaires d'une carte d'invalidité (ou de la carte mobilité inclusion portant mention « invalidité ») et reconnus invalides avant leur 26e anniversaire ; – nés dans les 300 jours postérieurement au décès de l'assuré et dont la filiation avec celui-ci est établie.
-------------------------	---

Bénéficiaires	Les personnes mentionnées à chaque garantie pouvant recevoir des prestations.
----------------------	---

Contrat de base prévoyance	Le contrat d'assurance collectif du régime de prévoyance souscrit dans le cadre des conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes au régime de prévoyance conventionnel mis en place par <i>avenant n°15 en date du 16 décembre 2013 (tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 1^{er} juillet 2024)</i>. Le contrat est régi par le Code de la sécurité sociale.
---------------------------------------	---

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
------------------------------	--

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	Le plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue généralement chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations et de certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.
--	--

Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au lexique.
--	---

Sinistre	Réalisation du risque
-----------------	-----------------------

Support durable	Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;
------------------------	---

Tranche de salaire A (Tranche 1)	Le salaire brut de référence est limité à la tranche A (TA) équivalent à la tranche 1 (T1) : tranche annuelle de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
---	--

Préambule

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet (JO 3148).

Par avenant n°15 du 16 décembre 2013 (tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 01.07.2024), les partenaires sociaux de la branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel de prévoyance au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du secteur d'activité.

L'entreprise relevant de la Convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet, adhère au contrat prévoyance de base mis en œuvre par les *assureurs* définis au Lexique de la présente notice d'information.

La présente notice d'information a pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles les assureurs, garantissent aux assurés, ou à leurs ayants droit les prestations Décès/Invalidité absolue et définitive et Arrêt de Travail prévues par la Convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet.

Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit auprès de l'*assureur*.

Seules les entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet peuvent souscrire le contrat.

1.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*assureur* accorde aux membres des catégories assurées, *telles que définies aux conditions particulières* ou au contrat d'adhésion les garanties de prévoyance en cas de Décès/Invalidité absolue et définitive et/ou d'Arrêt de travail, sans sélection médicale.

Il se compose de la présente notice d'information, de leurs éventuelles annexes, et des conditions particulières ou du contrat d'adhésion.

Le contrat de prévoyance est susceptible d'être complété et modifié par avenants ou par lettre avenant.

Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

2.1. Formalités d'affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Les personnes assurables doivent être déclarées à l'*assureur* conformément à l'article 1.3. « Obligations d'informations du *souscripteur* » des Conditions générales.

Les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du *souscripteur*, qui appartiennent aux catégories assurées définies au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières :
 - les salariés dont le contrat de travail est en vigueur,
 - les salariés en suspension de contrat de travail et qui bénéficient d'un maintien des garanties tel que prévu à l'article 4.1.
- les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiant de la portabilité au titre d'un précédent contrat collectif à adhésion obligatoire, immédiatement antérieur à la date d'effet du contrat, jusqu'à expiration de leurs droits.

2.1.2. Formalités d'affiliation

Les éléments d'affiliation doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément à l'article 2.2. « Prise d'effet de l'affiliation ».

En cas de non respect des formalités d'affiliation, il est fait application du dernier alinéa de l'art 1.3.2 pour la prise d'effet de l'affiliation.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet sous réserve des formalités d'affiliation effectuées auprès de l'*assureur*.

Une fois affiliées, les personnes assurables acquièrent la qualité d'« **assurés** »

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 l'une des catégories assurées (embauche, promotion, ...).

2.3. Suspension - Cessation de l'affiliation

Important

L'affiliation au contrat est suspendue pour chaque assuré en cas de suspension du contrat de travail, sauf maintien prévu à l'article 4.1.

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré comme suit :

- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf en cas de portabilité visée à l'article 4.2 et maintien de garantie prévu à l'article 4.3,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension de retraite d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite définie par la réglementation,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance quel qu'en soit le motif, sauf maintien prévu à l'article 5.3,
- en cas de défaut de paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 6.4,
- à la date du décès de l'*assuré*.



Titre 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent à la présente notice d'information.

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le versement de prestations :

- en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré,
- en cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans de l'assuré,
- en cas d'arrêt de travail pour incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle de l'assuré, après indemnisation de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

L'assuré bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

3.2.2. Suspension - Cessation des garanties

Le droit à garantie est suspendu ou cesse respectivement en cas de suspension ou cessation de l'affiliation.

3.3. Modifications des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties intervenue durant la période de versement de prestation, l'assuré en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contrat en vigueur à la date initiale de l'arrêt de travail (y compris en cas d'aggravation du risque survenu postérieurement), pour les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle. Pour les garanties décès, ledit assuré est garanti suivant les nouvelles modalités sauf en cas de rupture du contrat de travail n'ouvrant pas droit à portabilité en vertu du contrat où il reste couvert selon les modalités en vigueur à la date de radiation des effectifs.

3.4. Garanties décès et invalidité absolue et définitive

3.4.1. Capital décès

Objet et montant du capital garanti

La garantie a pour objet de verser un capital au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'assuré.

En cas de décès de l'assuré, il est versé aux bénéficiaires, un capital, exprimé en pourcentage du salaire de référence, dont le montant varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève l'assuré.

▪ Assurés cadres :

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, le montant du capital garanti varie en fonction de la situation familiale de l'assuré à son décès comme suit :

Assuré célibataire, veuf, divorcé	300 %
Assuré marié, pacsé ou vivant en concubinage	350 %

En cas de décès accidentel, le montant du capital mentionné ci-dessus est doublé.

Par décès accidentel, on entend le décès qui résulte directement d'une atteinte corporelle non intentionnelle de la part du salarié couvert provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Le décès doit survenir dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident et en être la conséquence.

Ne sont pas considérés comme accidents les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

▪ Assurés non cadres :

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, le montant du capital garanti varie en fonction de la situation familiale de l'assuré à son décès comme suit :

Assuré célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	70 %
Assuré marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans enfant à charge	80 %
Majoration par enfant à charge	10 %

Bénéficiaires du capital décès

L'assuré peut, par une **désignation particulière**, indiquer un ou plusieurs *bénéficiaires* de son choix.

Cette désignation peut être effectuée à l'aide du document « désignation particulière de *bénéficiaire(s)* » que l'assureur met à disposition à cet effet (ou par voie dématérialisée lorsque l'assureur le prévoit) ou par un *acte sous seing privé* ou *authentique*. Il appartient à l'assuré de l'adresser à l'assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée, sauf en cas d'acceptation du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le code des assurances et le code civil.

L'assuré peut demander l'acceptation du *bénéficiaire* sur cette désignation.

Cette acceptation prend la forme :

- d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'assureur.
- ou d'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'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 cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'assuré doit informer l'assureur de l'existence de cette désignation dans les plus brefs délais.

L'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 de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'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 désignation particulière, **si à la date du décès de l'assuré :**

- tous les *bénéficiaires* désignés sont déjà décédés ou refusent le capital,
- ou lorsque le seul *bénéficiaire* est identifié par un lien familial (*conjoint*, pacsé, concubin) et que personne n'a cette qualité,

alors le capital est réintégré à l'actif successoral.

Il appartient à l'assuré selon sa volonté, d'anticiper cette situation. A cet effet, il doit mentionner sur sa désignation particulière, les *bénéficiaires* « par défaut » souhaités. Il lui est également recommandé d'indiquer à la fin de la désignation de *bénéficiaire* « à défaut mes héritiers ».

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par le salarié ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement ou, à défaut, au partenaire lié par un Pacs au salarié, à défaut au concubin ;
- à défaut, le capital est versé par parts égales entre :
 - les enfants du salarié nés ou à naître, vivant ou représentés, dont la filiation est légalement établie ;
 - à défaut de descendance directe, à ses parents ou, à défaut, à ses grands-parents survivants ;
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

Cependant, quelle que soit la désignation de bénéficiaire, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge est versée par parts égales :

- directement aux enfants dès leur majorité,
- ou à leurs représentants légaux es qualité durant leur minorité.

3.4.2. Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Le capital décès prévu à l'article 3.4.1 est versé par anticipation au salarié lorsqu'il est reconnu en état d'invalidité absolue et définitive.

Il faut entendre par invalidité absolue et définitive l'invalidité de 3e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale : « 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. »

L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour la mise en œuvre de la présente garantie.

Le versement par anticipation du capital en cas d'invalidité absolue et définitive met fin à la garantie décès sur la tête du salarié.

Pour les assurés relevant de la catégorie des **cadres**, la majoration du capital garanti en cas de décès accidentel n'est versée par anticipation que si l'invalidité absolue et définitive est directement et exclusivement provoquée par un accident tel que défini à l'article 3.4.1. ci-dessus.

L'état de santé de l'*assuré* doit avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Le capital est exigible à la date reconnue par l'assureur comme début de l'IAD de l'assuré.

Pour déterminer le montant du capital, l'assureur retient la situation familiale de l'assuré au jour de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive.

Le capital et les majorations sont versés obligatoirement à l'assuré ou à son représentant légal.

3.4.3. Garantie « double effet »

En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin de l'assuré laissant un ou plusieurs enfants à charge, il est versé au profit de ceux-ci un second capital égal à 100% de celui versé lors du premier décès.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du *conjoint* ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'*assuré*,
- postérieur, le décès du *conjoint* ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès de l'*assuré*.

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

3.4.4. Garantie allocations obsèques

Le montant de la prestation allouée varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève l'assuré.

■ **Assurés cadres :**

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs, de son concubin ou d'un enfant à sa charge de plus de 12 ans, la personne ayant assumé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture bénéficie du versement d'un capital dont le montant est égal à :

→ **200 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale** en vigueur le jour du sinistre.

■ **Assurés non cadres :**

En cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un Pacs, du concubin ou d'un enfant à la charge de plus de 12 ans de l'assuré, la personne ayant assumé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture bénéficie du versement d'un capital dont le montant est égal à :

→ **100 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale** en vigueur le jour du sinistre.

Ainsi, aucune prestation n'est versée au titre des garanties en cas de décès d'un enfant à charge âgé de moins de 12 ans.

! En tout état de cause, la prestation est limitée aux frais réellement engagés.

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

La présente garantie ne bénéficie qu'aux assurés relevant de la catégorie des **cadres**.

Objet et montant de la prestation

En cas de décès de l'assuré, il est versé une rente éducation assurée par l'OCIRP pour chacun des enfants à charge. Cette rente sert à couvrir en tout ou partie les frais relatifs à l'éducation et à la scolarité des enfants à charge de l'assuré décédé.

Il est versé à chaque enfant à charge une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 18e anniversaire du bénéficiaire : **15 % du salaire de référence** ;
- au-delà et jusqu'au 26e anniversaire sous réserve d'être à charge au sens du contrat et notamment lorsqu'il remplit les conditions, pendant la durée de son apprentissage, de ses études, ou dans le cadre d'un stage préalable à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : **15 % du salaire de référence**.

Le versement de la rente est maintenu pour les enfants atteints d'un handicap et titulaires d'une carte d'invalidité (ou de la carte mobilité inclusion portant mention « invalidité »), en cas d'invalidité de l'enfant à charge reconnue par la Sécurité sociale avant son 26e anniversaire et mettant l'enfant à charge dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.

En cas de décès du conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS de l'assuré décédé postérieur au décès de ce dernier, le montant de chaque rente éducation versée est doublé.

Il en va de même si l'assuré décédé était une mère célibataire dont le ou les enfants à charge n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance de paternité.

Bénéficiaires de la prestation

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge de l'assuré répondant à la définition prévue au Lexique de la présente notice d'information.

La qualité d'enfant à charge s'apprécie à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations.

Si le bénéficiaire est mineur non émancipé, la rente est servie pour son compte à la personne qui, au moment du versement de la rente, assume la charge effective et permanente de l'enfant.

Si le bénéficiaire est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal.

Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée directement, sur sa demande.

Conditions de règlement

La déclaration de décès et le dépôt du dossier doivent être transmis auprès de l'assureur.

Les prestations prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit celui au cours duquel est survenu le décès de l'assuré. Les rentes sont versées trimestriellement et par avance, sur production des pièces et justificatifs prévus au tableau récapitulatif des pièces à fournir ; le premier paiement comprenant, le cas échéant, un prorata au titre de la période écoulée entre la date d'effet de la rente et la fin du trimestre en cours.

Lorsque l'enfant bénéficiaire cesse de remplir les conditions requises (hors la limite d'âge prévue au contrat), le bénéficiaire ou son représentant légal doit en informer sans délai l'assureur.

L'assureur demande annuellement de justifier que les enfants bénéficiaires continuent de remplir les conditions requises pour la poursuite du versement des prestations. En l'absence de justification, le versement de la rente est suspendu.

Cessation des prestations

Le service des rentes prend fin à dater :

- du dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge au sens du contrat ;
- et en tout état de cause, à compter du premier jour du mois suivant la date du décès du bénéficiaire.

Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

3.5. Garantie arrêt de travail : incapacité temporaire de travail

Lorsqu'un assuré est dans l'incapacité temporaire de travailler par suite d'une maladie ou d'un accident, il peut percevoir des indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après.

3.5.1. Définition

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'impossibilité physique temporaire et totale de travailler à la suite d'une maladie (y compris une maladie professionnelle) ou d'un accident (y compris un accident du travail) constatés par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les prestations en espèces de la *sécurité sociale* s'entendent comme celles versées au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des *accidents* du travail et des *maladies* professionnelles.

3.5.2. Point de départ de l'indemnisation

La prestation incapacité temporaire de travail est versée à l'expiration d'une période de franchise.

La franchise est la période ininterrompue suivant le 1^{er} jour d'arrêt de travail d'un salarié ne donnant lieu au versement d'aucune prestation par l'assureur.

Pour les assurés ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise au jour de la survenance de l'arrêt de travail, elle correspond à la période pendant laquelle l'employeur maintient tout ou partie de la rémunération dans les conditions prévues à l'article L. 1226-1 du code du travail et aux articles 33, 34 de la Convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet.

En cas de nouvel arrêt, après épuisement des droits au titre du maintien de salaire, il sera appliqué une carence de 3 jours pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie ou un accident de la vie privée ; aucune carence n'intervenant pour les arrêts de travail consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pour les assurés ayant moins de 1 an d'ancienneté dans l'entreprise au jour de survenance de l'arrêt de travail, elle est de **90 jours continus** à compter de la date de survenance de cet arrêt.

Les cas de rechute (arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou accident que le précédent arrêt de travail) au sens de la législation de la Sécurité sociale sont pris en compte dès lors que l'incapacité temporaire provoquée par la rechute est éligible aux prestations prévues dans la présente notice d'information. La rechute est prise en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affectation. La franchise n'est pas applicable dans ce cas.

3.5.3. Montant

Le montant de la prestation complémentaire servie à l'issue du délai de franchise précisé ci-dessus, varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève l'assuré.

▪ **Assurés cadres :**

L'assuré percevra des indemnités journalières complémentaires dont le montant annuel représente **80 % du salaire de référence**, sous déduction des prestations brutes de prélèvements sociaux et fiscaux servies par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

▪ **Assurés non cadres :**

L'assuré percevra des indemnités journalières complémentaires dont le montant annuel représente **70 % du salaire de référence**, sous déduction des prestations brutes de prélèvements sociaux et fiscaux servies par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.

La présente garantie ne doit pas conduire l'assuré, compte tenu des sommes versées de toute provenance (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires, ...), à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité. Dans le cas contraire, les prestations versées par l'assureur seront réduites à due concurrence.

3.5.4. Durée et terme de l'indemnisation

Les indemnités journalières servies par l'assureur sont suspendues ou cessent lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque la Sécurité sociale réduit ses prestations, l'assureur réduit ses prestations complémentaires à due concurrence.

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

- à la date de reprise d'activité ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par le souscripteur ou l'assureur que le salarié peut reprendre une activité ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente professionnelle par la sécurité sociale ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la sécurité sociale de l'assuré, sauf cumul emploi retraite défini par la réglementation.

3.5.5. Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être fournies dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de l'assureur sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les indemnités journalières sont versées par l'assureur directement au souscripteur, sauf en cas de rupture du contrat de travail où elles sont versées directement à l'assuré, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

3.6. Garantie arrêt de travail : invalidité ou incapacité permanente professionnelle

Lorsqu'un assuré présente une invalidité totale ou partielle, à la suite d'une maladie ou d'un accident, réduisant sa capacité de travail ou de gain, constatée par un médecin, notifiée et prise en charge par la sécurité sociale, il percevra une rente d'invalidité complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions définies ci-après.

3.6.1. Définitions

Par invalidité, il faut entendre la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain reconnue par la Sécurité sociale et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L. 341-4 du code de la Sécurité sociale du salarié.

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e 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.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle tels qu'ils sont définis par le code de la Sécurité sociale, l'invalidité correspond à un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au moins égal à 33 %.

L'invalidité doit être également justifiée par une notification :

- soit du classement dans la même catégorie d'invalides de la Sécurité sociale ;
- soit du même taux d'IPP retenu par la Sécurité sociale.

3.6.2. Montant de la prestation

La prestation est versée sous forme de rente et varie en fonction du classement de l'assuré dans l'une des trois catégories d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente fixé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

En tout état de cause, la présente garantie ne doit pas conduire l'assuré, compte tenu des sommes versées de toute provenance (Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires...), à percevoir pour la période indemnisée à l'occasion d'une maladie ou d'un accident une somme supérieure à son salaire net d'activité. Dans le cas contraire, les prestations versées par l'assureur seront réduites à due concurrence.

Le montant annuel de la prestation complémentaire servie varie en fonction de la catégorie de personnel dont relève l'assuré comme suit :

▪ **Assurés cadres :**

- Invalidité 1^{ère} catégorie : 54 % du salaire de référence (*)
- Invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégorie : 90 % du salaire de référence (*)
- L'assuré bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité permanente professionnelle supérieure ou égale à 33 % et inférieure à 66 % : l'assuré percevra le montant brut de la pension versée en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale multiplié par un coefficient égal à 3/2 N (« N » étant le taux d'incapacité permanente attribué au salarié par la Sécurité sociale).
- L'assuré bénéficiant d'une rente pour accident ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité au moins égal à 66 % : 90 % du salaire de référence (*).

▪ **Assurés non cadres :**

- Invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégorie : 61 % du salaire de référence (*)
- L'assuré bénéficiant d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité permanente professionnelle supérieure ou égale à 33 % et inférieure à 66 % : l'assuré percevra le montant brut de la pension versée en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie de la Sécurité sociale multiplié par un coefficient égal à 3/2 N (« N » étant le taux d'incapacité permanente attribué au salarié par la Sécurité sociale).
- L'assuré bénéficiant d'une rente pour accident ou maladie professionnelle ayant entraîné un taux d'incapacité au moins égal à 66 % : 61 % du salaire de référence (*)

(*) sous déduction des prestations brutes de prélèvements sociaux et fiscaux versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur ou par le régime obligatoire d'assurance chômage.

3.6.3. Terme de l'indemnisation

Les rentes complémentaires servies par l'assureur sont suspendues ou cessent lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque la Sécurité sociale réduit ses prestations, l'assureur réduit ses prestations complémentaires à due concurrence.

Le versement de la de la prestation complémentaire cesse également dès la survenance de l'un des éléments suivants :

- en cas d'IPP, si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 % ;
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'assureur que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- au plus tard, à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré.
- à la date à laquelle il ne justifie plus d'un état d'invalidité ou d'incapacité permanente au sens du contrat.

Le service des rentes, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus, est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité de travail est redevenue supérieure à 33 %.

3.6.4. Conditions de règlement des prestations

Les demandes de rentes doivent être effectuées dès réception des décomptes de prestations de la Sécurité sociale auprès de l'assureur et sur production des justificatifs définis dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir.

Les rentes sont versées par l'assureur à l'assuré à terme échu, mensuellement ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

3.7. Exclusions

Ne sont pas garanties dans le cadre du contrat, les conséquences limitativement énumérées ci-après.

Ne sont pas couverts dans le cadre du contrat les décès résultant :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre du participant par le bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu au doublement accidentel les décès ou IAD accidentels résultant :

- directement ou indirectement de tremblements de terre, d'inondations, de cataclysmes,
- du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ;
- d'un vol effectué à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
- de la pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil « Ultra Léger Motorisé » (ULM) et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports qui ne disposent pas d'une fédération sportive et donc ne sont pas reconnus par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ;
- de la participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties ou tentatives de records pratiquées avec des engins à moteur ;
- d'un accident survenu alors que le participant n'était pas détenteur d'un permis de conduire valide, conformément aux dispositions du code de la route.

Ne sont pas couverts, dans le cadre du contrat, les arrêts de travail (incapacité de travail, invalidité/incapacité permanente professionnelle) résultant :

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

3.8. Prestations

3.8.1. Base de calcul des prestations

Le salaire de référence, servant de base au calcul des prestations, est le salaire brut total de l'assuré ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations. Ce salaire de référence est limité à la tranche A des rémunérations perçues (équivalent à la tranche 1) : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Dans le cas où la période d'assurance est inférieure à 12 mois, le salaire de référence est reconstitué à partir des éléments de salaire ayant donné lieu à cotisations et versés au salarié entre la date d'effet de la garantie et la date d'arrêt de travail.

Pour les assurés bénéficiant de la portabilité ou d'un maintien de garantie à la suite d'une cessation du contrat de travail sans maintien de rémunération, la période de référence ci-dessus est celle précédant la suspension ou la cessation du contrat de travail.

Si pendant la période de référence l'assuré a perçu un revenu de remplacement versé par le souscripteur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé mobilité, ...) en cas de suspension du contrat de travail visé à l'article 4.1.1 de la présente notice d'information, la base de calcul des prestations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la base de calcul de la prestation journalière est celle définie ci-avant divisée par 365.

3.8.2. Règlement des prestations

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au titre de chaque garantie.

Les prestations liées aux garanties du contrat sont versées suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires mentionnées dans le tableau récapitulatif des pièces à fournir annexé à la présente notice d'information.

Dans les trente jours au plus tard qui suivent la réception de l'intégralité des pièces demandées, l'assureur verse la prestation en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou défini(s) au contrat.

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

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, 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'assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur.

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'assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

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

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

Le versement des prestations est conditionné à la réception préalable par l'assureur de toutes les pièces justificatives.

Ainsi, l'*assureur* effectue le paiement des prestations à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

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

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'*assureur* dans les **trente jours** :

- qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail,
- qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation pour les autres garanties.

L'*assureur* pourra refuser la prise en charge du sinistre si la déclaration tardive lui a causé un préjudice ;

Sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, l'*assureur* retiendra la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

3.8.4. Revalorisation

3.8.4.1 Revalorisation des prestations décès (loi Eckert)

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 à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (au titre 8 « Pièces justificatives » de la présente notice d'information) selon les conditions définies au contrat. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant de la prestation dû non versé par l'*assureur*, en euros garantis en cas de décès, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'*assureur* des pièces justificatives, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

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

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

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

3.8.4.2 Revalorisation des prestations en cours de service

Pour les sinistres (notion de fait générateur) nés avant le 1er janvier 2025, la revalorisation des prestations périodiques en cours de service est effectuée de la façon suivante :

- Les prestations d'incapacité temporaire de travail et rente d'invalidité / 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 plus de six mois continus.

- Les rentes éducation sont soumises à une revalorisation propre à l'OCIRP ;
Les rentes sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP.

Pour les sinistres (notion de fait générateur) nés à compter du 1er janvier 2025, les dispositions relatives à la revalorisation des prestations périodiques en cours de service sont modifiées comme suit :

- Les prestations d'incapacité temporaire de travail et rente d'invalidité / incapacité permanente professionnelle sont revalorisées le 1er juillet de chaque année selon l'indice de revalorisation de l'année N correspondant à 90 % du taux de rendement comptable le plus bas de l'actif général prévoyance des assureurs, constaté au 31 décembre N-2 sous déduction du taux technique constaté au 31 décembre N-2 et sous réserve que le résultat excédentaire du régime au titre de l'exercice N-2 constaté en N permette de financer ces revalorisations.
- Les rentes d'éducation sont revalorisées chaque année pendant la vie du contrat selon les coefficients fixés par le conseil d'administration de l'OCIRP.

3.8.4.3 Revalorisation de la base des prestations en cas de décès/IAD d'un assuré en arrêt de travail

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive à la suite d'un arrêt de travail, la rémunération de base est revalorisée dès le 1er janvier qui suit la date d'arrêt de travail, en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO au cours de l'exercice précédent, dans la limite de 90 % du rendement de l'actif général du co-assureur gestionnaire.

3.8.5. Prélèvements sociaux et impôt à la source

Si les garanties ouvrant droit au versement d'une prestation sous forme de rente ou d'indemnité journalière sont souscrites, l'*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'*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).

Titre 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée

Le bénéfice du régime de prévoyance est maintenu au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le souscripteur,
- ou bénéficiaires d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. Sont visées toutes les périodes de suspension du contrat de travail, et notamment celles liées à une maladie, une maternité, une paternité ou à un accident dès lors qu'elles sont indemnisées.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations (sauf « Exonération des cotisations » prévue à l'article 6.3.) dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés dont le contrat n'est pas suspendu : salariés et employeurs devront obligatoirement continuer à acquitter leurs parts de cotisation.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée

En dehors des cas visés à l'article 4.1.1, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour congé parentaux, congés sans solde, congé sabbatique, congé formation, ...).

Le *souscripteur* doit informer l'*assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

Toutefois, les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité/incapacité permanente professionnelle ne s'appliquent que si la Sécurité sociale verse des prestations à ce titre à l'*assuré* concerné.

Dans le cadre du maintien de la garantie arrêt de travail, l'arrêt doit intervenir pendant le congé sans solde, le salarié étant alors indemnisé au jour de sa reprise théorique d'activité, après décompte de la franchise contractuelle.

Le salaire de référence et la cotisation sont calculés sur la base de la dernière période d'activité ayant précédé la suspension du contrat de travail.

Le salarié est de nouveau couvert en tant qu'actif au jour de la reprise de son contrat de travail.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, l'*assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré* jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'affiliation des *assurés* restent à payer. L'*assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

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

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

Principe

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, l'assuré dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage peut demander à rester affilié au régime de prévoyance dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail. Les droits à couverture complémentaire au titre du régime de prévoyance souscrit doivent avoir été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail.

Ce maintien de garanties s'effectue conformément à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale (article 1er de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Date d'effet et durée maximale

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par le souscripteur selon les formalités définies dans la présente notice d'information, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail de l'assuré et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de

travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Formalités de déclaration

Le souscripteur doit signaler le maintien des garanties visées dans la présente notice d'information dans le certificat de travail de l'ancien salarié. Le souscripteur doit informer l'assureur de la cessation du contrat de travail de l'assuré en lui adressant le « Bulletin individuel d'affiliation » au dispositif de portabilité des garanties collectives prévoyance, ou une « Déclaration de portabilité », complété(e) et signé(e).

Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues dans la présente notice d'information. En cas de sinistre, l'assureur demandera tous les justificatifs établissant la preuve des droits à portabilité au jour de sa réalisation, notamment les attestations émises par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Dès qu'elle en a connaissance, le souscripteur s'engage à informer l'assureur pour chaque assuré concerné de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes : l'assuré ne peut plus justifier auprès du souscripteur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, en cas de décès du participant, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

L'ancien salarié adresse à son centre de gestion les demandes de prestation. Les prestations seront versées directement à l'assuré, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise adhérente assurées au titre du régime de prévoyance, pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait le participant avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Les prestations sont versées sur la base du dernier salaire de référence, tel que défini à l'article 3.9.1 de la présente notice d'information, versé au cours de la période précédant la fin ou la rupture du contrat de travail. **Toutes les sommes ayant pour origine la cessation du contrat de travail** (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel...) **ne sont pas prises en compte dans le calcul du salaire de référence.**

Dans le cadre de la garantie « incapacité temporaire » et « invalidité - incapacité permanente professionnelle » définies dans la présente notice d'information, le cumul des sommes versées en cas d'incapacité de travail par les différents intervenants (Sécurité sociale, organismes complémentaires, etc.) **ne saurait en aucun cas conduire l'ancien salarié intéressé à percevoir un revenu de remplacement excédant le montant des allocations nettes du régime obligatoire d'assurance chômage qu'il aurait perçues s'il n'avait pas été en « incapacité temporaire »**. Dans le cas contraire, l'assureur diminuera sa prestation en conséquence. Si l'assuré est en incapacité de travail lors de la période de carence du régime d'assurance chômage, l'assureur reconstitue le montant futur de son allocation chômage pour déterminer sa limite d'intervention.

Financement

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat d'adhésion.

Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin :

- au jour où l'assuré ne bénéficie plus des allocations chômage,
- au jour où l'assuré liquide ses droits à pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- si l'assuré ne justifie pas auprès de l'adhérent du bénéfice des allocations chômage,
- au décès de l'assuré,
- en tout état de cause au terme de la période de droit à portabilité telle que définie ci-dessus,
- à la date à laquelle prend fin l'adhésion du souscripteur consécutive notamment à son changement d'activité. Le souscripteur doit notifier par écrit à l'assuré la fin anticipée de la portabilité pour non présentation des justificatifs mensuels.

4.3. En cas de cessation du contrat de travail (*assuré en arrêt de travail*)

Les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité/incapacité permanente qui bénéficient à ce titre des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en application du contrat, restent garantis en cas de rupture du contrat de travail lorsque lesdites prestations sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

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

La résiliation du contrat met fin aux garanties et prestations pour tous les *assurés* sous réserve des dispositions ci-après.

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

Les *assurés* concernés peuvent demander à l'*assureur* dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation du contrat à bénéficier de garanties à titre individuel. Ce maintien est accordé moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

5.2. Prestations en cours de service

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

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

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

Les garanties décès sont maintenues aux *assurés* se trouvant à la date de résiliation du contrat en incapacité temporaire de travail ou en invalidité-incapacité permanente professionnelle et ce, à l'exception de l'invalidité absolue et définitive ainsi que des garanties liées au décès d'une autre personne que l'*assuré* (double effet, allocations obsèques et la majoration orphelin prévue à la garantie rente éducation).

A savoir

Ce maintien de garantie cesse dès que les prestations d'incapacité temporaire de travail ou invalidité – incapacité permanente professionnelles cessent elles-mêmes.



5.4. Cessation des revalorisations en cas de résiliation

En cas de changement d'assureur :

En application de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que le nouvel *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 la rente 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 3.8.4.2) et de la base de calcul des prestations maintenues en cas de décès (article 3.8.4.3), 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'*assureur*, il incombe au *souscripteur* de s'assurer que :

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

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

Titre 6. Cotisations

Les taux et la répartition des cotisations entre employeurs et salariés relatives aux garanties souscrites sont mentionnées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

6.1. Assiette

Le salaire servant d'assiette au calcul des cotisations est le salaire brut de l'assuré limité à la tranche A (TA) des rémunérations perçues au cours de l'année civile d'assurance.

TA (équivalent T1) = partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la sécurité sociale.

Ce salaire comprend les rémunérations brutes perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite...).

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail rémunérée prévu à l'article 3.9.1 de la présente notice d'information et percevant un revenu de remplacement versé par le souscripteur, le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par le souscripteur au cours de la période de maintien des garanties.

Pour les assurés bénéficiant du maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée prévu à l'article 3.9.2 de la présente notice d'information, les cotisations sont calculées sur l'assiette annuelle des cotisations définie au présent article étant entendue que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

L'ensemble des dispositions ci-dessus s'applique sans préjudice de l'application éventuelle de l'exonération de cotisations prévue à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

6.2. Modalités de paiement

Les cotisations annuelles exprimées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion (y compris les taxes présentes ou futures et les contributions éventuelles) sont payables trimestriellement à terme échu dans le premier mois de chaque trimestre civil suivant le trimestre écoulé.

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

Les cotisations sont dues pendant toute la durée d'affiliation de l'*assuré* sauf exonération prévue au contrat.

6.3. Exonération des cotisations

Dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie des prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une incapacité permanente professionnelle, le maintien des garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'assureur tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'assureur. Si l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales restent dues sur la base du salaire réduit.

6.4. Défaut de paiement

L'*assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au *souscripteur* en cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de **10 jours** de son échéance,

Dans cette lettre de mise en demeure, l'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 garanties sont suspendues **30 jours** après l'envoi de la lettre de mise en demeure et le contrat est résilié **10 jours** après l'expiration du délai de 30 jours.

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

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

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

Titre 7. Références légales

7.1. Fausse déclaration

Les déclarations du *souscripteur* et de l'*assuré* servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou de la part du *souscripteur* de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'*assureur*. L'*assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

7.2. Déchéance

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

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

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

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*assureur*.

7.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*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'*assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du *bénéficiaire* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le *bénéficiaire*.

La prescription est portée :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil,

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé,
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par :

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

Suspension de la prescription

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

7.4. Subrogation

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

Par ailleurs, les prestations que l'*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'*assureur* dans leurs droits ou actions contre l'*assureur* du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

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

7.5. Renseignement - Réclamation – Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'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'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'assureur à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.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'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'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'assureur.

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 au 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 (1) ;
- 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>

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

7.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le souscripteur déclare et garantit à l'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'assureur accessibles sur le site de l'assureur ;
- 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 du souscripteur ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'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.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'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'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'assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'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'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'assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

7.9. Autorité de contrôle

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

Titre 8. Pièces justificatives

Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

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

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

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Frais d' obsèques	Décès accidentel	AD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente professionnelle
● Déclaration de sinistre fournie par l'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 3.9.1. « Base de calcul des prestations »).	■	■		■	■	■	■	■	■
● Extrait d'acte de décès du défunt	■		■	■	■	■			
● Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	■		■	■	■	■			
● Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	■		■	■	■				
● 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 France Travail (anciennement Pôle Emploi), pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	■	■	■	■	■	■	■	■	■
● Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou								■	■

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Frais d' obsèques	Décès accidentel	AD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente professionnelle
au <i>bénéficiaire</i> : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du <i>bénéficiaire</i> chaque année									
• Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année				■					
• Copie de la pièce d'identité du <i>bénéficiaire</i> en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	■	■	■	■	■	■	■	■	■
• Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		■					■		■
• Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l' <i>assuré</i> en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 %		■					■		■
• Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par l' <i>assuré</i>		■							■
• Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l' <i>assureur</i> dûment complété		■							■
• Facture acquittée					■				
• 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								■	■
• Toutes pièces officielles : – relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle		■				■		■	■

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	Décès toutes causes	IAD toutes causes	Double effet	Rente d' éducation	Frais d' obsèques	Décès accidentel	AD Accidentelle	Incapacité temporaire	Invalidité – incapacité permanente professionnelle
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.									
• Décomptes originaux de la <i>Sécurité sociale</i> (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								■	■
• 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								■	■
• Notification de la <i>Sécurité sociale</i> mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidité de la <i>Sécurité sociale</i> ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.									■
• Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la <i>Sécurité sociale</i>									■
• RIB des bénéficiaires	■	■	■	■	■	■	■	■	■
• Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin de l'assuré (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	■	■	■		■	■	■	■	■

ANNEXE - Echanges dématérialisés

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre AG2R Prévoyance 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 ou 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'assureur de tout changement d'adresse électronique.

b) Mise en œuvre et vérifications par l'assureur

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

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

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

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'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'assureur sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'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 ou l'assuré, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'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'assureur (AG2R Prévoyance, 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris).



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris



Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance

Siège social : 17, rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris

Téléphone : 01 44 56 22 56 - Télécopie : 01 49 24 06 27

Site Internet : <http://www.ocirp.fr> - E-mail : prevoyance@ocirp.fr

Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale



AG2R LA MONDIALE

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.