



PREVOYANCE NOTICE D'INFORMATION

-

REGIME CONVENTIONNEL

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE OPERATEURS DE VOYAGES ET DES GUIDES IDCC 3245

V. 01.01.2025

SOMMAIRE

PRESENTATION	4
TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	5
1.1. Montant des prestations et définitions	5
1.2. Prise d'effet et cessation des garanties	5
1.2.1 Prise d'effet des garanties	5
1.2.2 Cessation des garanties	5
1.3. Modification des garanties en cours de contrat	6
1.4. Garanties en cas de décès	6
1.4.1. Garantie capital décès ou par anticipation invalidité absolue et définitive toutes causes, double effet, allocation obsèques	6
1.4.2. Garantie rente d'éducation	7
1.4.3 Bénéficiaires du capital décès / invalidité absolue et définitive	7
1.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité / incapacité permanente professionnelle	8
1.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail	8
1.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle	9
1.6. Exclusions	10
1.7. Prestations	11
1.7.1. Base de calcul des prestations	11
1.7.2. Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives et de règlement des prestations	12
1.7.3. Contrôle médical	12
1.7.4. Règle du cumul	13
1.7.5. Modification du montant des prestations de la Sécurité sociale	13
1.7.6. Prise en compte de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 dite loi « Eckert »	13
1.7.7. Revalorisation des prestations en cours de service	14
1.7.8 Conditions de reprise des sinistres en cours à la date d'effet du contrat	14
1.7.9. Prélèvements sociaux et impôt à la source	15
TITRE II - MAINTIEN DES GARANTIES	17
2.1. En cas de suspension du contrat de travail du participant	17
2.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée / indemnisée	17
2.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée / non indemnisée	17
2.2. En cas de cessation du contrat de travail du participant (portabilité des droits)	17
2.3 Maintien des garanties décès-invalidité absolue et définitive du participant en cas de résiliation du contrat	18
TITRE III - LES COTISATIONS	19
3.1. Assiette et montant	19
3.1.1. Base de calcul des cotisations	19
3.1.2. Taux de cotisations	19
3.2. Modalités de paiement	19
TITRE IV - RÉFÉRENCES LÉGALES	20
4.1. Déchéance	20
4.2. Prescription	20
4.3. Subrogation	20

4.4. Renseignements - Réclamation – Médiation	21
4.5. Juridiction compétente	21
4.6. Territorialité	21
4.7. Protection des données à caractère personnel	22
4.8. Autorité de contrôle	23
4.9. Fausse déclaration	23
TITRE V – PIECES JUSTIFICATIVES	25
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES	29

PRESENTATION

Par l'**Accord du 04.10.2024**, les partenaires sociaux de la **Convention Collective Nationale des opérateurs de voyages et des guides du 19.04.2022 (IDCC 3245)** ont institué un régime de prévoyance au profit des salariés des entreprises relevant de la branche professionnelle.

Dans ce cadre les organismes assureurs suivants proposent la souscription au régime conventionnel ainsi institué dans la branche professionnelle :

↳ pour la couverture des garanties Décès, Incapacité temporaire de travail, Invalidité/Incapacité permanente professionnelle :

- **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,

- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, et immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle à Lyon (69003).

↳ pour la couverture de la garantie rente d'éducation :

OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris.

AG2R Prévoyance et APICIL Prévoyance ont reçu mandat de l'OCIRP pour gérer la garantie assurée par cette Union (adhésion des entreprises, gestion des cotisations et des prestations). L'OCIRP reste seule responsable de la bonne fin des prestations vis-à-vis des bénéficiaires.

L'entreprise, entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des Opérateurs de voyage et des Guides, choisit l'Institution de prévoyance (AG2R Prévoyance ou APICIL Prévoyance) auprès de laquelle elle souhaite souscrire le contrat pour la couverture du régime institué dans la branche professionnelle. L'Institution de prévoyance retenue et l'OCIRP sont dénommés ci-après « **l'organisme assureur** ».

L'entreprise souscriptrice du contrat acquiert la qualité d'« **adhérent** » à l'organisme assureur.

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

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès) des opérations d'assurance.

Le contrat a ainsi pour objet d'accorder des garanties de prévoyance en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive toutes causes, incapacité temporaire de travail, invalidité / incapacité permanente professionnelle, aux salariés appartenant à la (ou aux) catégorie(s) assurée(s) définie(s) aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion et ce, dans les conditions définies ci-après.

TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

1.1. Montant des prestations et définitions

Le montant des prestations pour chaque garantie définie ci-après est indiqué au tableau des garanties figurant en Annexe.

A la date de l'évènement ouvrant droit à prestations il est entendu :

- **par conjoint** : l'époux ou l'épouse du participant non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- **par partenaire de PACS** : le partenaire auquel le participant est lié par un PACS en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- **par concubin** : la personne vivant en couple avec le participant au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins deux ans, sous réserve que le participant et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou pacs). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union.

Lorsque les garanties prennent en compte les enfants à charge du participant au moment de l'évènement ouvrant droit à prestations, sont considérés comme tels :

- Les enfants nés viables postérieurement au décès du participant et dont la filiation avec celui-ci est établie ;
- Les enfants recueillis (c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS) qui ont vécu au foyer du participant jusqu'à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations et répondent aux conditions ci-dessus, sous réserve que leur autre parent ne soit pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment de l'évènement ouvrant droit à prestations, les enfants du participant, dont la filiation avec celui-ci est légalement établie (y compris les enfants reconnus et adoptifs) :

- Jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- Jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, sous réserve qu'ils soient en situation de :
 - Poursuite d'études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED ;
 - Apprentissage ;
 - Poursuite d'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 entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - Recherche active d'emploi, c'est-à-dire 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 employé dans un ESAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- Sans limitation de durée en cas d'invalidité 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 qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité"; l'état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation.

1.2. Prise d'effet et cessation des garanties

1.2.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, pour chaque participant, à la date d'effet de son affiliation (sous réserve des dispositions relatives aux sinistres en cours exposées à l'article 1.7.8.

1.2.2 Cessation des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu au Titre IV, les garanties cessent :

- **à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant, 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 du participant (notamment démission, licenciement pour faute lourde, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée) ;**

- à la date de fin de la portabilité des droits prévue au contrat ;
- à la date à laquelle le participant cesse d'appartenir à la catégorie assurée ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations de la part de l'adhérent ;
- en vertu du contrôle médical lorsqu'il est mis en œuvre par l'organisme assureur, en application de l'article 1.7.3 ;
- à la date du décès du participant ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

De plus, il existe d'autres cas de cessation propres à chacune des garanties mentionnés au présent Titre I.

1.3. Modification des garanties en cours de contrat

En cas de modification des garanties intervenue durant la période de versement de prestation, le participant 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 participant 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.

1.4. Garanties en cas de décès

1.4.1. Garantie capital décès ou par anticipation invalidité absolue et définitive toutes causes, double effet, allocation obsèques

a) Capital décès ou par anticipation invalidité absolue et définitive toutes causes

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du participant, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 1.4.3.

Une majoration du capital est prévue en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive suite à un accident d'origine professionnelle. Pour le bénéfice de la majoration, seuls sont pris en considération le décès ou l'invalidité absolue et définitive qui en sont la conséquence.

En cas d'invalidité absolue et définitive du participant, quelle qu'en soit la cause, celui-ci peut recevoir par anticipation, et à sa demande, le capital prévu en cas de décès du participant.

Est reconnu en invalidité absolue et définitive, le participant classé par la Sécurité sociale en invalidité de 3ème catégorie ou reconnu par la Sécurité sociale atteint d'une incapacité permanente professionnelle à 100% en cas d'accident de travail ou maladie professionnelle.

Le capital est exigible à la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive.

Lorsque l'organisme assureur met en œuvre un contrôle médical, 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 1.7.3. « Contrôle médical ».

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

b) Double effet

En cas de décès du conjoint ou du partenaire de Pacs du participant, survenu postérieurement ou simultanément à celui du participant, un capital est versé au profit des enfants restant à charge tels que définis à l'article 1.1, réparti à parts égales entre eux.

Est considéré comme décès simultané à celui du participant, le décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS survenant au cours du même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- ou lorsque le décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS survient dans un délai de 24 heures avant le décès du participant.

Est considéré comme postérieur, le décès du conjoint ou du partenaire de PACS qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès du participant.

La prestation « double effet » est égale au capital garanti sur la tête du participant à son décès mentionné

au tableau de garantie, à l'exception de la majoration du capital pour accident d'origine professionnelle.

La prestation est répartie par parts égales entre les enfants à charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS qui étaient initialement à la charge du participant au jour de son décès.

c) Allocation obsèques

La garantie a pour objet de verser une allocation obsèques en cas de décès du participant, dont le montant mentionné au tableau des garanties est déterminé en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur le jour du décès.

L'allocation est versée à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques sur présentation d'une facture originale acquittée, **dans la limite des frais réels**.

1.4.2. Garantie rente d'éducation

La garantie a pour objet de verser en cas de décès du participant une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge défini à l'article 1.1.

La date d'effet de la rente est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel est survenu le décès du participant.

La rente est payable par quotité mensuelle à terme échu et selon les modalités prévues à l'article 1.7.9.

Le montant de la rente étant progressif selon l'âge de l'enfant, la majoration intervient au premier jour du mois civil suivant l'anniversaire de l'enfant.

Dans les limites prévues ci-après, la rente est versée sans limitation d'âge à l'enfant à charge reconnu en invalidité équivalente à une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ». Dans ce cas, l'invalidité doit être reconnue avant la limite de versement de la rente éducation prévue au tableau des garanties.

La rente est versée au représentant légal de l'enfant ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

Lorsque le 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'organisme assureur.

L'organisme 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.

Dans tous les cas, la rente est versée jusqu'à la fin du mois civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour être bénéficiaire ou décède. Le service de la rente ne peut en aucun cas être repris.

1.4.3 Bénéficiaires du capital décès / invalidité absolue et définitive

Le bénéficiaire du capital **en cas d'invalidité absolue et définitive** est le participant lui-même.

Pour le capital **en cas de décès**, le participant peut désigner le(s) bénéficiaire(s) du capital, une telle désignation devant être notifiée à l'organisme assureur préalablement au décès de celui-ci.

Cette désignation particulière peut être établie :

- sur support papier au moyen du formulaire de « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis au participant par l'adhérent ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;
- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaires Prévoyance » accessible sur le site internet d'AG2R La Mondiale :

https://inscription.ag2ramondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE
(si cette possibilité est ouverte pour le contrat au titre duquel le participant est assuré).

Pour la modification de la désignation des bénéficiaires, une nouvelle désignation devra être réalisée, celle-ci annulera la précédente (sauf acceptation du ou des bénéficiaires initialement désigné(s)). Un bénéficiaire a la possibilité d'accepter la désignation faite à son profit dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cas, cette désignation devient irrévocable et ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

En l'absence de bénéficiaire(s) désigné(s) ou lorsque la désignation de bénéficiaires est caduque (1) le capital est versé en fonction de la dévolution contractuelle dans l'ordre suivant :

- Le conjoint non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) et non divorcé ;
- Le partenaire auquel le salarié est lié par un pacte civil de solidarité ;
- Les enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- Le concubin, sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées ni liées par un PACS par ailleurs, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent, à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union, à défaut qu'il peut être prouvé une période de deux ans de vie commune ;
- À défaut aux ascendants par part égales entre eux ;
- À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

(1) Par désignation caduque, il faut entendre la désignation initialement faite par le participant qui se trouve privée d'effet lorsque le bénéficiaire désigné prédécède au participant ou s'il décède en même temps que ce dernier alors qu'aucune clause de représentation n'a été prévue.

La désignation est également caduque si, à la date du décès du participant, le bénéficiaire désigné a perdu la qualité au titre de laquelle il avait été initialement désigné, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné par le participant (cas par exemple d'une personne désignée par la qualité « mon conjoint » qui, par l'effet d'un jugement de divorce définitif, perd sa qualité de bénéficiaire au décès du participant).

1.5. Garanties incapacité temporaire de travail – invalidité / incapacité permanente professionnelle

Les garanties ont pour objet le service :

- **D'une indemnité journalière complémentaire en cas d'incapacité temporaire de travail ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale,**
- **D'une rente complémentaire en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ouvrant droit à la pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité sociale.**

lorsque les conditions de prise en charge mentionnées ci-après sont remplies.

Ces prestations sont servies par suite de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non, survenus pendant la période d'affiliation de l'assuré. Les congés maternité, paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail.

Lorsque le contrôle médical est mis en œuvre par l'organisme assureur, il est rappelé que le paiement des prestations par l'organisme assureur peut être subordonné à un contrôle médical en application de l'article 1.7.3. « Contrôle médical ».

1.5.1. Garantie incapacité temporaire de travail

Définition

Si par suite de maladie ou d'accident le participant doit cesser son travail pour cause d'incapacité temporaire médicalement constatée, et qu'il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, l'organisme assureur versera des indemnités journalières complémentaires **à l'expiration d'une durée d'arrêt total de travail appelée franchise.**

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire ainsi que la durée et les modalités d'application de cette franchise sont rappelés au tableau de garanties.

L'incapacité temporaire de travail se définit comme l'incapacité totale de travail médicalement constatée selon laquelle le participant ne peut exercer son activité professionnelle d'aucune manière, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Toutefois en cas de reprise du travail à temps partiel thérapeutique pour raison médicale autorisée par la Sécurité sociale et le médecin du travail, le participant bénéficie d'une prise en charge pendant cette période

sous réserve que le salarié 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 ne peut être supérieur à la perte de gain journalier liée à la réduction de l'activité résultant du travail à temps partiel thérapeutique.

Les indemnités journalières complémentaires sont ainsi versées :

- sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale ;
- et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur en vertu des obligations de maintien de salaire prévues par la Convention collective applicable (cf art 33 et 35) en vigueur au 01.01.2025.

Paiement et durée des prestations

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, sur présentation des décomptes justificatifs de paiement de la Sécurité sociale et pour les périodes correspondant aux décomptes qui sont adressés à l'organisme assureur après l'expiration de la franchise.

Les indemnités journalières sont servies au maximum tant que dure l'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières de la Sécurité sociale seraient suspendues (notamment suite à un contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie), aucune indemnité journalière complémentaire ne sera versée au titre du présent contrat, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale.

Elles sont versées à l'adhérent pendant toute la durée du contrat de travail du participant. Après la rupture du contrat de travail, elles sont réglées directement au participant après déduction des contributions obligatoires et application, le cas échéant, du prélèvement à la source, tel que prévu à l'article 1.7.9.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- A la date à laquelle cessent les prestations d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- A la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical lorsqu'il est mis en œuvre par l'organisme assureur ;
- A la date de reprise du travail (sauf à temps partiel thérapeutique pour raison médicale) ;
- A la date de reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale ;
- A la date d'effet de la liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi retraite prévue par la réglementation)
- Au décès du participant.

1.5.2. Garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle

Définition

Il peut être attribué une rente d'invalidité complémentaire à tout participant, considéré en invalidité permanente partielle ou totale lorsque, par suite d'accident ou de maladie, il est atteint d'une invalidité reconnue par la Sécurité sociale, réduisant partiellement ou totalement sa capacité à exercer une activité professionnelle, et qui :

- Soit, est reconnu par la Sécurité sociale, selon les critères retenus par le Code de la Sécurité sociale, dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale suivantes :

- **Invalidité de 1ère catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;**
- **Invalidité de 2ème catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;**
- **Invalidité de 3ème 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 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 du travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité permanente professionnelle déterminé par la Sécurité sociale selon les critères retenus par le Code de la sécurité sociale soit au moins égal à 33 %. Le participant doit également percevoir, au titre de son incapacité

permanente professionnelle, une rente versée par la Sécurité sociale.

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

Il est précisé qu'en matière de taux d'incapacité permanente professionnelle, il est retenu le taux d'incapacité réelle, non corrigé.

Païement et durée des prestations

Les rentes d'invalidité complémentaires sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle.

Les rentes complémentaires sont versées sous déduction des prestations brutes servies par la Sécurité sociale.

Les rentes complémentaires d'invalidité sont versées au participant par quotité mensuelle à terme échu et selon les modalités prévues à l'article 1.7.9. Le premier et le dernier paiement peuvent ne représenter qu'un prorata de rente.

Elle continue d'être servie à condition que l'état de santé séquellaire du participant réponde à la définition de la catégorie de l'invalidité dans laquelle il a été classé par la Sécurité sociale.

De plus, elle est servie au maximum tant que dure l'invalidité et que le participant perçoit une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle de la Sécurité sociale.

La rente d'invalidité complémentaire, cesse :

- A la date à laquelle cessent les prestations de la Sécurité sociale,
- A la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions requises pour en bénéficier, notamment en cas de contrôle médical lorsqu'il est mis en œuvre par l'organisme assureur,
- A la date d'effet de la liquidation des droits du participant au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale,
- Au décès du participant,
- En tout état de cause, dès lors que l'assuré ne demande pas la liquidation de ses droits à une pension de vieillesse de la Sécurité sociale alors qu'il a atteint l'âge légal pour y prétendre.

1.6. Exclusions

L'organisme assureur couvre tous les risques de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité et incapacité permanente professionnelle survenant pendant la période d'assurance, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves suivantes :

1] Capital décès et invalidité absolue et définitive toutes causes, allocation d'obsèques, rente éducation**a) Guerre**

- En cas de guerre mettant en cause l'Etat français, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.
- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, la garantie n'aura d'effet que si le participant n'y prend pas une part active.

b) Nucléaire

Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus.

c) Voyages collectifs

Il est expressément convenu que les voyages collectifs doivent faire l'objet d'une déclaration préalable deux semaines avant la date du départ par l'adhérent à l'organisme assureur lorsque ceux-ci concernent plus de 80 participants dans un même véhicule (avion, bateau, train, car, etc...).

A la suite de cette déclaration, l'organisme assureur analyse le risque et se réserve le droit de l'accepter avec ou sans condition(s) ou de le refuser. Ainsi, chaque voyage collectif est soumis à accord exprès et préalable de l'organisme assureur.

En cas de non-respect de cette disposition ou de refus de l'organisme assureur de couvrir ce

risque, aucune prestation décès n'est due.

2] Capital suite décès et invalidité absolue et définitive accidentels,

La garantie capital suite décès et invalidité absolue et définitive accidentels, est soumise aux mêmes exclusions que la garantie capital suite décès et invalidité absolue et définitive toutes causes et aux exclusions suivantes :

- les accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant,
- l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre), sauf lorsque l'accident intervient dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle,
- la pratique du saut à l'élastique,
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,
- la pratique de sports à titre professionnel,
- l'état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie du participant est égal ou supérieur au taux autorisé par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état),
- les rixes sauf cas de légitime défense,
- l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- l'accident survenu lorsque le participant effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

3] Meurtre du participant par le bénéficiaire

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, allocation d'obsèques, rente éducation.

4] Incapacité temporaire de travail – invalidité et incapacité permanente professionnelle

Ne donnent pas lieu à garanties :

- Les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel du participant, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales, hors tentative de suicide,
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, de rixe sauf cas de légitime défense, d'attentat ou d'acte de terrorisme, dans lesquels le participant a pris une part active,
- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre), sauf lorsqu'il s'agit d'un accident dans le cadre du travail,
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,
- la pratique de sports à titre professionnel,
- les conséquences d'une grossesse non pathologique,
- les conséquences de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

Le fait que l'organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

1.7. Prestations

1.7.1. Base de calcul des prestations

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut annuel soumis à cotisations de Sécurité sociale (intégrant les éventuelles primes) perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail initial ou le décès.

Le salaire annuel de référence est pris en compte dans la limite des tranches de salaire définies comme suit :

- Tranche 1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Tranche 2 : tranche de salaire comprise entre 1 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si pendant la période de référence le participant a perçu un revenu de remplacement, et bénéficie du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, le salaire de référence intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties.

Les primes, indemnités et rappels versés au participant, liés à la cessation du contrat de travail et versés lors du départ de l'entreprise adhérente ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus du traitement de base servant au calcul du salaire de référence. Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini ci-dessus, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de cessation du contrat de travail pour le personnel ouvrant droit à la portabilité prévue au contrat.

En tout état de cause, le salaire de référence retenu par l'organisme assureur pour la détermination de l'assiette de prestation, correspond au salaire effectivement déclaré avant le sinistre. En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.

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

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

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'organisme assureur, de l'ensemble des pièces justificatives visées au Titre VII, 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.

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

Sans préjudice des délais de prescription prévus au contrat, l'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'organisme assureur :

- dans les **30 jours qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail**, sauf cas fortuit ou de force majeure,
- dans les **6 mois qui suivent la mise en invalidité pour la garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle**, sauf cas fortuit ou de force majeure.

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.

Les prestations sont réglées dans un **délai d'un mois au plus à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées**. Toutefois pour les garanties en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité et incapacité permanente professionnelle, les prestations sont réglées **au fur et à mesure de la réception des décomptes de la Sécurité sociale et des pièces justificatives complémentaires**.

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

1.7.3. Contrôle médical

Les dispositions ci-après ne sont applicables que si l'organisme assureur prévoit sa mise en œuvre.

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'organisme assureur peut procéder à un contrôle médical. En cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Lorsque l'état de santé du participant ne répond plus à la définition d'incapacité ou d'invalidité, au sens des présentes conditions générales, l'organisme assureur sera amenée à cesser le versement

des prestations.

La situation médicale du participant peut conduire l'organisme assureur à adopter une position différente de celle de la Sécurité sociale par rapport au service des prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail.

Si le participant n'accepte pas la décision du médecin conseil de l'organisme assureur, il est tenu de la contester dans le délai d'un mois suivant l'envoi de la notification qui lui en est faite.

La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné par accord entre le participant et l'organisme assureur, dont les honoraires seront répartis pour moitié entre les parties.

À défaut d'accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au Tribunal judiciaire compétent, statuant en référé.

Les prestations continueront à être suspendues durant cette période de contestation.

Les conclusions rendues par le médecin arbitre désigné s'imposeront aux parties.

1.7.4. Règle du cumul

Au titre des garanties incapacité temporaire de travail ou 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 le participant.

Ces garanties ont donc un caractère indemnitaire.

Les prestations viennent en principe compléter les remboursements opérés par le régime général de la Sécurité sociale et ne peuvent, en toute hypothèse (en tenant compte notamment d'un éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre du maintien de salaire prévu par la Convention collective applicable ou d'un temps partiel thérapeutique), avoir pour conséquence de procurer au participant des revenus nets supérieurs à ce qu'il percevait en exerçant son activité.

Ainsi, le total de la rémunération nette perçue de l'employeur, des prestations nettes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance de base ou complémentaire ayant le même objet, par l'assurance chômage et des prestations complémentaires servies par l'Organisme assureur ne peut excéder le traitement de base net, éventuellement revalorisé dans les mêmes conditions que celles décrites à l'article 1.7.7, ayant servi au calcul des indemnités ou rentes complémentaires.

Les droits garantis pendant la période de portabilité des droits, au titre de l'incapacité temporaire de travail ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités nettes de toute nature d'un montant cumulé supérieur à celui des allocations chômage nettes (c'est-à-dire retenues pour leur montant après précompte des contributions sociales et impositions de toute nature) qu'il aurait perçu au titre de la même période.

En cas d'arrêt de travail pendant le délai de carence et le différé d'indemnisation par l'assurance chômage, le montant théorique de la première période de l'allocation chômage sera fictivement reconstitué pour appliquer la limitation prévue au paragraphe ci-dessus.

1.7.5. Modification du montant des prestations de la Sécurité sociale

Lorsque la Sécurité sociale, notamment du fait d'une mesure de sanction :

- **réduit ses prestations, le versement complémentaire ne compense pas cette minoration,**
- **suspend ou supprime ses prestations, le versement complémentaire est suspendu.**

1.7.6. Prise en compte de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 dite loi « Eckert »

Revalorisation des prestations décès

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances (*) jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations:

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 du participant 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 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.*

Cas des prestations 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.

1.7.7. Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations périodiques en cours de service portant sur les indemnités journalières, les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées.

La revalorisation de ces prestations périodiques est définie annuellement par concertation des organismes assureurs (AG2R Prévoyance et APICIL Prévoyance) pour retenir ensemble un seul et même indice, en fonction des résultats techniques et financiers du régime.

Les prestations périodiques en cours de service portant sur les rentes éducation sont revalorisées en fonction d'un indice décidé annuellement par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

La première revalorisation s'applique à l'échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre.

Que se passe-t-il en cas de résiliation du contrat d'adhésion ?

1) En cas de résiliation du contrat sans nouvel organisme assureur de la couverture prévoyance, les prestations périodiques continueront d'être revalorisées dans les conditions définies au contrat.

2) En cas de résiliation du contrat avec un nouvel organisme assureur de la couverture prévoyance, **les prestations périodiques seront servies à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et cesseront alors d'être revalorisées.** L'adhérent prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite de la revalorisation de ces prestations auprès du nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise adhérente.

1.7.8 Conditions de reprise des sinistres en cours à la date d'effet du contrat

En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement

Les salariés et anciens salariés (bénéficiaires ou non de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au jour de la date d'effet du contrat ou leurs ayants droit, bénéficiaires de prestations périodiques déclarées sur l'état des sinistres en cours remis par l'organisme assureur et complété par l'adhérent, ou dont les droits à prestations sont nés au titre d'un contrat souscrit antérieurement à la date d'effet du contrat, bénéficient selon le cas au titre du présent contrat à compter de sa date d'effet de :

- La revalorisation des prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité permanente professionnelle), que le contrat de travail soit rompu ou non ;
- La revalorisation des rentes éducation pour les bénéficiaires de ces prestations ;
- L'éventuel différentiel de prestations en cas d'indemnisation inférieure par le précédent organisme assureur (indemnités journalières, rentes d'invalidité/incapacité permanente professionnelle), des salariés dont le contrat de travail n'est pas rompu ou des anciens salariés en portabilité ;

- La prestation de chaque garantie décès du contrat, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat d'assurance pour ces mêmes garanties, pour le salarié ou ancien salarié en portabilité ;
- L'indemnisation pour le salarié ou ancien salarié en portabilité, au titre de la garantie invalidité/incapacité permanente professionnelle du contrat, en cas d'aggravation d'état postérieurement à la prise d'effet du contrat, s'ils perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale et le cas échéant s'ils étaient indemnisés en incapacité temporaire de travail par le précédent organisme assureur, sauf si le droit à une prestation d'invalidité/incapacité permanente professionnelle (notamment des suites de l'état pathologique en incapacité : notion de fait générateur) est né pendant une période garantie par le contrat d'assurance de l'assureur précédent.

L'aggravation d'état s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail à l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle entraînant un changement de catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente professionnelle.

En l'absence d'un contrat souscrit antérieurement ou en présence d'un précédent contrat de prévoyance collective assurant uniquement des garanties décès

L'incapacité temporaire de travail, pour les salariés ou anciens salariés en portabilité, n'est pas couverte pour tous les arrêts ayant pris naissance avant la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

Néanmoins, à la suite d'une tarification particulière, les salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, se trouvant en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou incapacité permanente professionnelle au jour de la date d'effet du contrat, au titre d'un sinistre survenu antérieurement à cette date, pourront bénéficier des prestations prévues au contrat, à compter de la date d'effet du contrat, ainsi qu'en cas d'aggravation d'état survenu à la date d'effet du contrat ou postérieurement.

1.7.9. 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, CASA, 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 directement à l'adhérent (contrat de travail du participant en vigueur).

1.7.10. Degré élevé de solidarité (DES)

Les dispositions de l'Accord du 04.10.24 prévoient la mise en œuvre d'action relevant d'un degré élevé de solidarité.

Les orientations desdites actions et leurs modalités de prise en charge seront déterminées par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI). Leur octroi est donc subordonné à ces décisions, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

A ce titre, sont prévues des prestations à caractères non directement contributif définies par ladite Commission.

1.7.11. Echanges dématérialisés

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre AG2R Prévoyance et l'adhérent ou le participant est un mode de communication qui consiste en la fourniture ou la mise à disposition d'informations et documents, sous un format numérique durable :

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour l'adhérent et le participant depuis le site www.ag2ramondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par l'adhérent ou le participant (ou renseignée par l'adhérent sur l'Espace Client le cas échéant).

- et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'adhérent lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient à l'adhérent ou au participant d'aviser immédiatement l'Institution de tout changement d'adresse électronique.

b) Mise en œuvre et vérifications par l'Institution

Lorsque l'Institution 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 de l'adhérent ou du participant.

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

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

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

Après les vérifications mentionnées au b) ci-dessus, l'Institution peut mettre à disposition ou fournir à l'adhérent ou au participant, par voie dématérialisée, tous documents et informations relatifs au contrat pour lesquels la réglementation n'imposerait pas l'utilisation exclusive d'un autre support durable, notamment papier.

L'adhérent et le participant déclarent et reconnaissent en outre que tout écrit qui leur sera transmis par l'Institution sur support électronique aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra leur être valablement opposé par l'Institution.

L'adhérent et le participant pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client de l'adhérent, le cas échéant, seront conservés et accessibles sur ledit espace pendant toute la durée du contrat et pendant une durée de 5 ans après la résiliation ou le non-renouvellement du contrat.

L'adhérent et le participant peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

Lorsque le mode de communication indiqué au paragraphe a) ci-dessus n'est pas adapté à la situation de l'adhérent ou du participant, les informations et documents relatifs au contrat sont fournis ou mis à disposition par l'Institution sous format papier.

d) Droit d'opposition de l'adhérent et du participant

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

TITRE II - MAINTIEN DES GARANTIES

2.1. En cas de suspension du contrat de travail du participant

2.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée / indemnisée

Les garanties continuent à s'appliquer aux participants moyennant paiement des cotisations (calculées selon les mêmes règles applicables à la catégorie de personnel assuré dont il relève), dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien total ou partiel de rémunération versé par l'adhérent ;
- et/ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'adhérent qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- des prestations en espèce de la Sécurité sociale (et le cas échéant des prestations complémentaires servies au titre du contrat) en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, invalidité/incapacité permanente professionnelle ;
- et/ou d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

Ce maintien des garanties est assuré dans la limite des cas de cessation des garanties prévues par ailleurs au contrat :

- tant que le contrat de travail du participant n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, toutefois le maintien des garanties est assuré, quand cette rupture intervient durant l'exécution du contrat et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident ou de l'invalidité/ incapacité permanente professionnelle, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

2.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée / non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article ci-avant, les garanties sont suspendues à compter de la date 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 le mois suivant. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'adhérent.

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.

2.2. En cas de cessation du contrat de travail du participant (portabilité des droits)

Le contrat organise le maintien des garanties du contrat dont bénéficie le participant, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à la réglementation en vigueur (article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale), dans les conditions suivantes :

- La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance 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 entier, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois** ;
- Le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garanties aient été ouverts pendant l'exécution de son contrat de travail ;
- Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;
- Le maintien des garanties au titre de l'incapacité temporaire de travail ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période en neutralisant la période de différé d'indemnisation (délai de carence de l'assurance chômage) ;

- L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- **cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de l'assurance chômage, décès),**
- **expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,**
- **décès de l'ancien salarié,**
- **résiliation du contrat.**

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 droit à maintien.

L'adhérent ou le participant doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'organisme assureur peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative. À défaut, l'adhérent adresse dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée et d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

L'employeur s'engage par ailleurs à informer sans délai l'organisme assureur de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

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

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des participants en activité (part patronale et part salariale).

2.3 Maintien des garanties décès-invalidité absolue et définitive du participant en cas de résiliation du contrat

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

Les garanties maintenues en cas de résiliation du contrat sont celles prévues audit contrat en cas de décès du participant (capital, frais d'obsèques, rente éducation) ainsi qu'en cas d'invalidité absolue et définitive du participant ouvrant droit au versement du capital par anticipation selon les garanties prévues.

Les garanties telles que définies ci-dessus, sont maintenues jusqu'au terme du versement des prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle de l'organisme assureur ou d'un autre organisme, dont bénéficient les participants concernés en vertu d'un régime collectif obligatoire souscrit par l'adhérent, depuis la résiliation du contrat.

TITRE III - LES COTISATIONS

3.1. Assiette et montant

3.1.1. Base de calcul des cotisations

Les cotisations annuelles sont exprimées en pourcentage du salaire brut (y compris les primes) servant de base au calcul des cotisations de la Sécurité sociale, à l'exclusion des indemnités, primes versées à l'occasion du départ du salarié, et limité au plafond des tranches telles que définies ci-après et selon les assiettes définies aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion :

- **Tranche 1** : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- **Tranche 2** : tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement par l'employeur d'un revenu de remplacement et ouvrant droit à maintien de garanties (notamment en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée, congé rémunéré par l'employeur pour mobilité, reclassement...), la base de calcul des cotisations intègre les revenus de remplacement versés par l'employeur durant la période de maintien des garanties.

3.1.2. Taux de cotisations

Les taux de cotisations, mentionnés aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, sont exprimés en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

3.2. Modalités de paiement

Les cotisations annuelles y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables selon les modalités fixées aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion et selon le cas :

- soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les quinze jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil,
- soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les quinze jours qui suivent la fin de chaque mois.

L'adhérent 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.

TITRE IV - RÉFÉRENCES LÉGALES

4.1. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pénalement pour avoir commis ou fait commettre un homicide sur la personne du participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

4.2. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration 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 l'adhérent, le participant 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 de l'adhérent, du participant ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail. Elle est portée à dix 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 le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant en cas de décès de celui-ci.

Interruption de la prescription :

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 aux articles 2241 à 2243 de ce même code,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée prévu aux articles 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur adresse à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'adhérent, le participant ou le bénéficiaire adresse à l'organisme 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.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et communications électroniques.

4.3. Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du participant victime d'un accident

ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.
Le participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable et ouvrant droit au versement de prestations de la part de l'organisme assureur doit fournir à ce dernier, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

4.4. Renseignements - Réclamation – Médiation

❖ Demande de renseignements

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

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

❖ Réclamation et médiation

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

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

- Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.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'Institution s'engage à répondre par écrit dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation.

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

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

4.5. 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.

4.6. Territorialité

Les garanties s'exercent sur le territoire français (y compris les départements et régions d'outre-mer). Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de déplacements privés, de missions professionnelles de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, hors du territoire français, dans les limites prévues à l'article 1.6 « Exclusions ».

4.7. Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

- Des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- Des coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Base légale

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

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats (*) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Institution, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

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

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

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

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

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

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

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

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

Il dispose, en outre, du droit de s'opposer au traitement de ses données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

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

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

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles de l'Institution :
<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

4.8. Autorité de contrôle

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

4.9. Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'organisme assureur pourra demander l'annulation du contrat.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

TITRE V – PIÈCES JUSTIFICATIVES

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	ALLOCATION OBSEQUES	DÉCÈS IAD ACCIDENTEL	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ – INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Déclaration de sinistre ou formulaire de demande de prestations transmis par l'organisme assureur et complété par l'adhérent certifiant que le participant 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	X	X		X	X		X	X
Extrait d'acte de décès du défunt	X		X	X	X			
Extrait d'acte de naissance intégral du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès	X		X	X	X			
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	X		X	X		X		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'événement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille du participant, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif pôle emploi pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte d'invalidé civil, carte mobilité inclusion ...)	X	X	X	X				
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement au participant ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				X			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 daté de moins de 3 mois.	X	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 égale à 100%		X						X
Certificat médical sous pli confidentiel établi par le médecin choisi par le participant en cas de sollicitation dans les conditions prévues à l'article 1.7.3 « contrôle médical ».		X				X	X	X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES IAD ACCIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE- INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'organisme assureur dûment complété		X				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	
Facture acquittée indiquant l'identité de la personne ayant réglé la facture + justificatif de paiement de la facture (extrait de compte, virement,...)					X			
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit		X	X				X	X
Certificat d'hérédité si le participant est célibataire sans enfant	X							
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des enfants à charge	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	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 du participant dans une des catégories d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33%								X
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale								X

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de...	DECES TOUTES CAUSES	IAD TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	RENTE D' EDUCATION	ALLOCATION OBSEQUES	DECES IAD ACIDENTEL	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE – INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
RIB des bénéficiaires ou du représentant légal (mineur ou majeur protégé)	X	X	X	X	X	X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de concubin participant (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...)	X							
Attestation d'assurance chômage pour les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties au titre de la portabilité (article 2.2)	X	X	X	X	X	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.

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

Descriptif des garanties ↓	Niveau des prestations ↓
GARANTIE DECES	
Capital décès toutes causes	
En cas de décès du participant, quelle que soit sa situation familiale : Célibataire, veuf, divorcé, marié ou pacsé ou ayant un concubin	150 % du salaire brut de référence
Majoration du capital décès en cas d'accident d'origine professionnelle	
Majoration du capital	100 % du salaire brut de référence (avec un minimum de 25 % du plafond annuel de la Sécurité sociale)
Invalidité absolue et définitive	
Versement par anticipation du capital	100 % du capital décès *
Double effet (décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS)	
Nouveau capital	100 % du capital décès **
Allocation obsèques	
En cas de décès du participant	120 % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)
Rente éducation OCIRP	
En cas de décès du participant, versement aux enfants à charge ou à leur représentant légal, d'une rente temporaire d'éducation dont le taux varie en fonction de l'âge de l'enfant :	(Montant annuel de la rente)
- Jusqu'à 17 ans inclus	9 % du salaire brut de référence
- de 18 ans à moins de 26 ans sous conditions (cas de poursuite d'étude et situations assimilées tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge) *****	12 % du salaire brut de référence
GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL – INVALIDITE/INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE	
Incapacité temporaire de travail	(Montant annuel ***)
Au 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail continu puis en relai et complément des obligations conventionnelles de maintien de salaire de l'employeur	70 % du salaire brut de référence
Invalidité	(Montant annuel ****)
Invalidité de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie de la Sécurité sociale	70 % du salaire brut de référence
Invalidité de 1 ^{ère} catégorie de la Sécurité sociale	42 % du salaire brut de référence
Incapacité permanente professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle)	(Montant annuel ****)
Taux d'incapacité de la Sécurité sociale supérieur ou égal à 66 %	70 % du salaire brut de référence
Taux d'incapacité de la Sécurité sociale compris entre 33% inclus et 66 %	3/2 X taux x (70 % du salaire brut de référence – rente brute de la Sécurité sociale)

* y compris la majoration du capital pour accident d'origine professionnelle lorsque l'invalidité absolue et définitive est d'origine accidentelle.

** A l'exclusion de la majoration du capital pour accident d'origine professionnelle.

*** Les prestations complémentaires sont servies sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale, et selon le cas, du salaire maintenu par l'employeur en application des obligations de maintien de salaire en vigueur dans la Convention collective applicable au 01.01.2025 (cf art 33 et 35).

**** Les rentes complémentaires d'invalidité/d'incapacité permanente professionnelle sont versées sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale.

***** La rente peut être versée au-delà, à l'enfant à charge (au moment du sinistre) reconnu avant la limite d'âge susmentionnée, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

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,

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, et immatriculée sous le numéro SIREN 321 862 500 dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle à Lyon (69003).

OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris.

