MUTEX AG2R LA MONDIALE OCIRP protéger. agir. soutenir

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES A DOMICILE (BAD) DU 21 MAI 2010 ET SES AVENANTS (JO 3381)

Régime de Maintien de salaire et de Prévoyance

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Régime conventionnel

NOTICE D'INFORMATION
V 01.02.2026

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de l'Organisme Assureur en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____

Signature

SOMMAIRE

TITRE I ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL 4
Article 1 – Régime conventionnel obligatoire de maintien de salaire et de prévoyance 4
Article 2 – Intervenants à l'adhésion 4
Article 3 – Modalités d'affiliation des assurés 4
TITRE II GARANTIES SOUSCRITES 6
Article 4 – Maintien de salaire 6
Article 5 – Incapacité temporaire de travail 7
Article 6 – Invalidité – incapacité permanente professionnelle (IPP) 9
Article 7 – Capital décès – perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) 10
Article 8 – Rente éducation 11
TITRE III DISPOSITIONS GENERALES 13
Article 9 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail 13
Article 10 – Terme des garanties 14
Article 11 – Mode de calcul des cotisations et des prestations 17
Article 12 – Revalorisation 18
Article 13 – Cotisation due 18
Article 14 – Exonération de paiement des cotisations 19
Article 15 – Défaut de paiement des cotisations 19
Article 16 – Versement des prestations 19
Article 17 – Prescription 20
Article 18 – Exclusions 20
Article 19 – Contrôle 21
Article 20 – Modalités de gestion spécifiques aux salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations réglé insuffisant 21
Article 21 – Litiges médicaux 21
Article 22 – Subrogation 22
Article 23 – Territorialité 22
Article 24 – Autorité de contrôle des organismes assureurs 22
Article 25 – Renseignements - Réclamations - médiations 22
Article 26 – Dispositions diverses 22
Article 27 – Définitions 24
TITRE IV JUSTIFICATIFS 26
TITRE V COORDONNEES DES DIFFERENTS ORGANISMES ASSUREURS 28

TITRE I ADHESION AU REGIME CONVENTIONNEL

Article 1 – Régime conventionnel obligatoire de maintien de salaire et de prévoyance

Les Unions et Fédérations d'employeurs ainsi que les organisations syndicales de salariés signataires de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) du 21 mai 2010 et ses avenants ont prévu, au sein du Titre VII « Garanties sociales », un régime de maintien de salaire et de prévoyance [Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), Capital Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Rente Éducation], applicable aux salariés des entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Branche et relevant de la (ou des) catégorie(s) contractuelle(s) définie(s) au contrat d'adhésion (ou aux conditions particulières).

Afin de satisfaire aux obligations dudit régime conventionnel, les organismes assureurs visés ci-après proposent un contrat collectif à adhésion obligatoire conforme aux dispositions prévues dans la Convention Collective Nationale susmentionnée telles que modifiées dernièrement par l'avenant n°73/2025 du 17.10.2025 :

- **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
- **MUTEX***, Société Anonyme inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le code des assurances. Siège social : 140 Avenue de la République - 92320 CHATILLON.

  * MUTEX pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme tout ou partie des actes de gestion liés à l'exécution du contrat.

L'organisme assurant la garantie Rente éducation est l'**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 – CS 50 003 - 75008 PARIS.

AG2R Prévoyance et MUTEX gèrent la garantie rente éducation, par délégation, au nom et pour le compte de l'OCIRP.

Article 2 – Intervenants à l'adhésion

L'**organisme assureur** est l'un des organismes visés à l'article 1 auquel adhère l'entreprise et l'organisme employeur privé à but non lucratif.

L'organisme gestionnaire est l'organisme ayant reçu mandat de l'organisme assureur pour effectuer tout ou partie des actes de gestion dans le cadre de la délégation de gestion.

L'**adhérent** (ou le souscripteur) est l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) du 21 mai 2010, mentionné au contrat d'adhésion (ou aux conditions particulières).

Les **assurés** sont les salariés de l'adhérent (y compris les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisations réglé insuffisant) inscrits à l'effectif des entreprises ou des organismes employeurs privés à but non lucratif adhérent(es)(s) à la date d'effet de l'adhésion (ou à la date d'embauche pour les salariés recrutés postérieurement) et relevant de la (ou des) catégorie(s) contractuelle(s) définie(s) au contrat d'adhésion (ou aux conditions particulières).

L'affiliation des assurés présente un caractère obligatoire.

Article 3 – Modalités d'affiliation des assurés

Sont immédiatement admis dans l'assurance les salariés relevant de la (ou des) catégorie(s) contractuelle(s) définie(s) au contrat d'adhésion (ou aux conditions particulières), sous contrat de travail à la date d'adhésion de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif au contrat collectif à adhésion obligatoire et qui remplissent les conditions prévues par la Convention Collective Nationale de la BAD.

Les salariés, en arrêt de travail (soit en incapacité temporaire de travail, en temps partiel thérapeutique, en invalidité ou Incapacité Permanente Professionnelle) au jour de la prise d'effet de l'adhésion, doivent être déclarés à l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli l'adhésion à cette date.

Pour les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif au contrat collectif à adhésion obligatoire, leur adhésion prend effet à la date de leur engagement. Le souscripteur doit les déclarer à l'organisme assureur ou gestionnaire dans les trois mois suivants la date de leur embauche. Ils doivent avoir effectivement pris leurs fonctions.

Article 4 – Maintien de salaire

Conformément aux dispositions légales, la garantie maintien de salaire et son financement sont à la charge de l'employeur.

Article 4.1. Personnel concerné

Tout assuré ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif (l'ancienneté s'apprécie au 1er jour d'arrêt de travail).

Article 4.2. Objet et montant de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, indemnisé ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), l'organisme assureur ou gestionnaire verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

- à compter du 4ème jour en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (soit à l'issue d'une franchise de 3 jours d'arrêt de travail continu),
- à compter du 1er jour en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

2. Montant journalier de la prestation

- 90 % de la 365ème partie du salaire de référence, y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut, défini à l'article 11.2 de la notice d'information).

- La présente garantie prévoit un remboursement forfaitaire à l'adhérent du montant des charges sociales patronales évaluées forfaitairement à 8% des prestations versées.

3. Durée et terme de l'indemnisation

Pour les salariés ayant moins de 20 ans d'ancienneté continue, les prestations sont versées **pendant 60 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).**

Pour les salariés ayant au moins 20 ans d'ancienneté continue, les prestations sont versées **pendant 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).**

Il sera tenu compte des jours indemnisés au cours des 12 mois consécutifs précédant l'arrêt de travail de telle sorte que la durée d'indemnisation ne dépasse pas celles prévues ci-dessus.

La prestation cesse également d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur,
- dès la reprise du travail par l'assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- au jour du décès de l'assuré.

Article 4.3. Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre IV de la notice d'information, et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, conformément aux modalités figurant à l'article 20 de la notice d'information.

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur ou gestionnaire au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale ou selon l'appréciation du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur.

Les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ou gestionnaire sont suspendues dès lors que la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où les prestations de la Sécurité sociale seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires.

Article 5 – Incapacité temporaire de travail

Article 5.1. Personnel concerné

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif.

Article 5.2. Objet et montant de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, d'un assuré pris en charge ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), l'organisme assureur ou gestionnaire verse des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

1. Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies à l'issue de l'indemnisation prévue au titre de la garantie maintien de salaire.

S'agissant d'un nouvel arrêt de travail, si la garantie n'intervient pas directement à la suite de la garantie « maintien de salaire », alors que les droits à maintien de salaire ont été épuisés, la franchise Sécurité sociale est alors appliquée.

L'assuré ayant moins de 6 mois d'ancienneté continue au 1er jour de son arrêt de travail, bénéficiera de la garantie « incapacité de travail » à l'issue d'une franchise de **30 jours** d'arrêt de travail continu.

Toutefois, cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L 160-14, 3°, 4° du Code de la Sécurité sociale) et ce justifiée sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection et à condition que la rechute soit éligible aux garanties souscrites.

On entend par rechute l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, justifiée par certificat médical.

2. Montant journalier de la prestation

- **70 % de la 365ème partie du salaire de référence**, y compris les prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures de travail effectué ou du montant de cotisation réglé insuffisant) et l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut défini à l'article 11.2 de la notice d'information).

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières ou à la suite d'une décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur,
- dès la reprise du travail à temps complet par l'assuré,
- dès la reprise d'un travail à temps partiel par l'assuré, sauf si celle-ci est préconisée par la Sécurité sociale pour des raisons thérapeutiques,
- à la date de la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré (ce motif de cessation ne s'applique pas pour les assurés en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur),
- au plus tard au 1095ème jour d'arrêt de travail,
- au jour du décès de l'assuré.

Article 5.3. Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre IV de la notice d'information et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'un nombre d'heure de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant), dès notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité sera effectuée par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, conformément aux modalités figurant à l'article 20 de la notice d'information.

Les indemnités journalières sont versées par l'organisme assureur ou gestionnaire, au fur et à mesure de la présentation des décomptes de la Sécurité sociale ou selon l'appréciation du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur :

- à l'adhérent tant que le contrat de travail de l'assuré est en vigueur,
- à l'assuré en cas de rupture du contrat de travail. Dans ce cas, l'organisme assureur ou gestionnaire verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S, Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur ou gestionnaire a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ou gestionnaire sont suspendues dès lors que la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où les prestations de la Sécurité sociale seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations complémentaires.

Article 6 – Invalidité – incapacité permanente professionnelle (IPP)

Article 6.1. Personnel concerné

Tout assuré ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif (l'ancienneté s'apprécie au 1er jour d'arrêt de travail).

Article 6.2. Objet et montant de la garantie

1. Point de départ de l'indemnisation

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale ou par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle (IPP) de l'assuré, l'organisme assureur ou gestionnaire verse une rente complétant le cas échéant celle de la Sécurité sociale, afin de compenser la perte de salaire.

2. Montant annuel de la prestation

Le montant annuel de la prestation, y compris les prestations brutes servies par la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures de travail effectué ou montant de cotisation réglé insuffisant) est défini comme suit :

2.1 En cas d'invalidité de 1ère catégorie de la Sécurité sociale (ou sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur) : 3/5ème du montant de la rente complémentaire versée en 2ème catégorie d'invalidité ou 3ème catégorie d'invalidité.

2.2 En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'IPP au moins égal à 33 % et inférieur à 66 % reconnu par la Sécurité sociale : (R x N) / 66%

(R étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité 2ème catégorie et N le taux d'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) déterminé par la Sécurité sociale).

2.3 En cas d'invalidité de 2ème catégorie, de 3ème catégorie de la Sécurité sociale (ou sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur) ou en cas d'un accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux d'IPP supérieur ou égal à 66 % reconnu par la Sécurité sociale : 75 % du salaire de référence.

Le total des prestations perçues par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique, le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires versés par l'organisme assureur ou gestionnaire ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder en tout état de cause 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut, défini à l'article 11.2 de la notice d'information).

En cas de modification du taux d'IPP reconnu par la Sécurité sociale, la rente versée par l'organisme assureur ou gestionnaire est modifiée à compter de la même date.

3. Terme de l'indemnisation

La prestation cesse d'être versée dès la survenance de l'un des événements suivants :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité de l'assuré (ou d'incapacité permanente professionnelle) ou à la date à laquelle le taux d'IPP de l'assuré devient inférieur à 33 % ou à la date à laquelle le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité de l'assuré,
- dès la reprise du travail à temps complet de l'assuré,
- dès la reprise du travail à temps partiel de l'assuré, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale de l'assuré,
- au jour du décès de l'assuré.

En cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale, le service des rentes interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées ci-dessus à compter du jour où il a été

médicalement constaté par la Sécurité sociale ou le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, que l'invalidité génère à nouveau un classement en 1ère, 2ème ou 3ème catégorie ou une Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 %.

Article 6.3. Conditions de règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli l'adhésion et sur production des justificatifs visés au tableau récapitulatif des pièces à fournir figurant au titre IV de la notice d'information et ce :

- dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité, de la rente d'incapacité permanente professionnelle (IPP) de la Sécurité sociale de l'assuré,
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale, pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures de travail effectué ou du montant de cotisation réglé insuffisant, dès la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et la réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale et après reconnaissance de l'invalidité par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur.

Les rentes complémentaires sont versées à l'assuré par l'organisme assureur ou gestionnaire par quotité mensuelle à terme échu sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension par la Sécurité sociale pour les assurés concernés. L'organisme assureur ou gestionnaire verse lesdites prestations après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., C.A.S.A., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur ou gestionnaire a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Article 7 – Capital décès – perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Article 7.1. Personnel concerné

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif.

Article 7.2. Objet et montant de la garantie

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires, un capital dont le montant est fixé comme suit :

- 200 % du salaire annuel brut de référence, défini à l'article 11.2 de la notice d'information.

Article 7.3. Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré (Invalidité 3ème catégorie reconnue par la Sécurité sociale ou reconnue par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), le capital prévu en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation, sur sa demande.

Le versement par anticipation du capital décès au titre de la PTIA met fin à la garantie décès.

Article 7.4. Bénéficiaires des prestations

7.4.1 En cas de décès

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital sont la ou les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire selon les modalités mises à disposition :

- sur support papier au moyen du formulaire de « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis à l'assuré par l'adhérent ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ou gestionnaire ;
- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaires Prévoyance » accessible sur le site internet lorsqu'il est proposé par l'organisme assureur :
  Pour AG2R Prévoyance (site du Groupe AG2R La Mondiale) :
  https://inscription.ag2rlamondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE (si cette possibilité est ouverte pour le contrat).

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

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est versé dans l'ordre suivant :

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ;
- à défaut à son partenaire lié par un PACS (ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut à son concubin (ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales entre eux ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales entre eux ;
- et à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente adressée à l'organisme assureur ou gestionnaire. Celle-ci annulera la précédente (sauf acceptation du ou des bénéficiaires initialement désignés).

Un bénéficiaire a la possibilité en effet 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.

7.4.2 En cas de PTIA

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le bénéficiaire est l'assuré lui-même.

Article 7.5. Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés en une seule fois dans les 30 jours suivant la réception complète des justificatifs visés au tableau récapitulatif figurant au titre IV de la notice d'information et sous réserve, le cas échéant pour la PTIA, du contrôle médical prévu à l'article 19.

Article 8 – Rente éducation

Article 8.1 Personnel concerné

Tout assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif.

Article 8.2. Objet et montant de la garantie

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, ou de reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré (Invalidité 3ème catégorie Sécurité sociale ou reconnue par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur), il est versé au profit de chaque enfant à charge au sens des dispositions qui suivent, une rente temporaire dont le montant annuel est égal à :

- jusqu'au 18ème anniversaire,

  > 10 % du salaire de référence,

- du 18ème anniversaire jusqu'au 26ème anniversaire (sous conditions définies ci-dessous),

  > 15 % du salaire de référence.

La rente est versée sans limitation de durée à l'enfant à charge en cas d'invalidité reconnue alors qu'il remplit toujours les conditions de versement de la rente éducation, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème 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'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité.

Le versement de la rente éducation par anticipation en cas de PTIA de l'assuré se poursuit en cas de décès de celui-ci sans donner lieu au versement d'une nouvelle rente.

Article 8.3. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des rentes éducation sont le ou les enfants à charge de l'assuré tels que définis ci-après.

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

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du salarié décédé ou en PTIA qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès (ou de la reconnaissance de la PTIA) et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
- les enfants de l'assuré dont la filiation avec celui-ci, y compris adoptive, est légalement établie, ainsi que les enfants reconnus par l'assuré :
  - > jusqu'à leur 18ème anniversaire, sans condition,
  - > du 18ème jusqu'à leur 26ème anniversaire, et sous condition, soit :
    - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
    - d'être en apprentissage ;
    - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
    - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de l'Organisme d'état en charge de l'emploi en France comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
    - d'être employés dans un Établissement et Service d'Accompagnement par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

  En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être également à la charge du bénéficiaire au sens fiscal du terme.

Article 8.4. Conditions de règlement des prestations

L'indemnisation débute le 1er jour du mois suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Les rentes sont versées par quotité trimestrielle et à terme d'avance, sur production des justificatifs prévus au tableau récapitulatif figurant au titre IV de la notice d'information, le premier versement 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.

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit "prélèvement à la source") peut être appliqué par l'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (rentes) défini au contrat lorsque cette prestation est versée directement à l'assuré ou au bénéficiaire.

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 ou à l'enfant bénéficiaire, sur sa demande, s'il a la capacité juridique.

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 l'organisme assureur ou gestionnaire sans délai.

L'organisme assureur ou gestionnaire 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.

Article 8.5. Terme de l'indemnisation

Le service des rentes prend fin à compter :

- du premier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse d'être à charge tel que défini à l'article 8.3 de la notice d'information,
- et en tout état de cause, du jour du décès du bénéficiaire.

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

Article 9 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 9.1. Suspension du contrat de travail des assurés donnant lieu à indemnisation par l'employeur

Les garanties définies au présent régime de maintien de salaire et de prévoyance sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de rémunération,
- soit de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou d'une prise en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur),
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité …).

Dans ce cas, la contribution de l'employeur doit être maintenue et le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation calculée selon les règles du régime de prévoyance conventionnel, et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sauf cas d'exonération de la totalité de la cotisation.

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu,
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant la période d'assurance et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident, de l'invalidité, de l'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Article 9.2. Suspension du contrat de travail des assurés ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

Dans tous les autres cas de suspensions du contrat de travail non indemnisés (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de soutien familial, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié…), les garanties sont suspendues de plein droit et aucune cotisation n'est due.

Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Article 9.3. Maintien optionnel des garanties décès dans le cas d'une suspension de contrat de travail non indemnisée

Les garanties prévues en cas de décès (capital et rentes éducation) peuvent être maintenues si la suspension du contrat de travail du salarié ne donne pas lieu à indemnisation, sous réserve que le salarié en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension de son contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par ce même salarié.

La cotisation afférente aux garanties décès (capital et rentes éducation) est celle appliquée pour les salariés en activité.

Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut total (tranches A / 1 et B / 2) perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisations. Si, au cours de cette période de référence, l'assuré a bénéficié d'un maintien de garantie en application de l'article 9.1, il est précisé que l'assiette des cotisations et prestations intègre le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Article 10 – Terme des garanties

Sous réserve des dispositions prévues aux articles 10.1 et 10.2 suivants, les garanties du régime cessent au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif,
- à la date à laquelle l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif informe l'organisme assureur ou gestionnaire de son changement de convention collective,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse du régime de base Sécurité sociale de l'assuré, sauf en cas de cumul emploi-retraite tel que défini par les textes en vigueur et sauf dispositions particulières prévues au niveau de chaque garantie,
- à la rupture du contrat de travail de l'assuré (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- au jour du décès de l'assuré.

Article 10.1. Rupture du contrat de travail

10.1.1 EFFET SUR LES GARANTIES (DISPOSITIONS GÉNÉRALES)

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail, rupture conventionnelle…), sont radiés des garanties dès la date d'effet de la démission ou du licenciement (à l'issue du préavis effectué ou non) ou du terme du contrat de travail (sous réserve des dispositions relatives à la portabilité des droits ci-dessous précisées).

Toutefois, les assurés en arrêt de travail pour maladie, accident, ou invalidité ou incapacité permanente professionnelle qui bénéficient à ce titre de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur) restent garantis en cas de rupture du contrat de travail lorsque les prestations de la Sécurité sociale (ou les prestations versées à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur) sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

10.1.2 PORTABILITE DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat, **à l'exclusion de celles relatives au « maintien de salaire »** sont maintenues aux anciens salariés bénéficiaires du régime de prévoyance, en cas de cessation de leur contrat de travail, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions définies ci-après.

A. Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficient du maintien des garanties les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- justifiant auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à prestation ont été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

B. Prise d'effet, durée et modalités du maintien de la couverture

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties 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 entier ou, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

▪ à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;

▪ en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article ci-après ;

▪ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;

▪ au jour du décès de l'assuré.

Formalités de déclaration

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties (à l'exclusion du maintien de salaire) dans le certificat de travail de l'ancien salarié,
- et informer l'organisme assureur ou gestionnaire de la sortie du salarié des effectifs (date et motif du départ).

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'organisme assureur ou gestionnaire de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage. En cas de sinistre, l'ancien salarié devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme assureur ou gestionnaire, accompagnée des pièces justificatives prévues au contrat, de l'attestation d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, de la copie du certificat de travail et de l'attestation d'employeur destinée au régime d'assurance chômage.

Les prestations lui seront versées directement ou à son bénéficiaire en cas de décès de l'ancien salarié.

C. Financement du maintien de la couverture

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. À ce titre, les salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation supplémentaire à acquitter.

D. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur au sein de l'entreprise souscriptrice, sous réserve des dispositions suivantes :

• Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini au dispositif contractuel à l'article « Salaire servant de base au calcul des prestations garanties », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toute nature versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail (notamment indemnités de licenciement, indemnités de rupture conventionnelle, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

• Montant des prestations

Pour le calcul des prestations et de la franchise, les obligations de l'employeur, légales, conventionnelles ou issues d'un accord d'entreprise, au titre du maintien de salaire, sont reconstituées. Les prestations et la franchise ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité. De même, pour les anciens salariés qui ne satisferaient pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison d'une durée d'activité salariée ou d'un montant cotisé insuffisant, la prestation maintenue sera calculée sur la base des indemnités journalières reconstituées de manière théorique.

- Incapacité temporaire de travail

Les indemnités journalières complémentaires d'incapacité temporaire de travail sont calculées conformément aux dispositions du régime conventionnel. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le présent contrat au titre de la portabilité. En tout état de cause, les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire ne pourront pas conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage au titre de la même période.

E. Modifications contractuelles – Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité. Ainsi en cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité seront affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 10.2. Résiliation du contrat d'adhésion de l'adhérent

10.2.1. EFFETS SUR LES GARANTIES

Toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Toutefois, les garanties en cas de décès (capital décès, rente d'éducation) sont maintenues pour les salariés et anciens salariés bénéficiaires des prestations incapacité, invalidité, incapacité permanente professionnelle (IPP) 8 tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou IPP en cause par l'organisme assureur ou gestionnaire faisant l'objet de la résiliation.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat en présence d'un nouvel organisme assureur. A défaut, le salaire de référence continue d'être revalorisé dans les conditions prévues à la présente notice d'information.

Les exclusions de garanties s'appliquent également à la garantie décès maintenue en cas de résiliation du contrat.

La PTIA du salarié ou de l'ancien salarié, survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat, n'entre pas dans le maintien des garanties décès.

10.2.2. EFFETS SUR LES PRESTATIONS

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation du contrat (prestations différées) continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits en présence d'un nouvel organisme assureur. A défaut de reprise de la couverture par un nouvel organisme assureur, les prestations sont revalorisées dans les conditions définies ci-dessous.

L'organisme assureur garantira les prestations en cas de passage en invalidité ou reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) supérieur ou égal à 33 %, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, des assurés indemnisés au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail à la date de résiliation du contrat.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation, d'une entreprise ou d'un organisme employeur privé à but non lucratif consécutive au changement de Convention Collective Nationale, acceptée par l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli son adhésion.

Après résiliation du contrat, les prestations arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle (IPP)) en cours de service à la date de résiliation continueront d'être revalorisées selon le référentiel et les modalités définies à l'article 12.2 de la notice d'information.

Par ailleurs, en cas de changement d'organisme assureur, les prestations arrêt de travail (incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle (IPP)) en cours de service continueront d'être revalorisées selon le référentiel et les modalités définies à l'article 12.2 de la notice d'information.

S'agissant des prestations rentes éducation OCIRP en cours de service à la date de résiliation du contrat, ou de changement d'assureur, celles-ci continueront à être revalorisées jusqu'à leur terme selon les modalités définies à l'article 12 de la notice d'information.

Article 11 – Mode de calcul des cotisations et des prestations

Article 11.1. Salaire servant de base au calcul des cotisations

Le salaire retenu est composé du salaire brut annuel, pris en compte dans la limite des tranches indiquées ci-après :

- la Tranche A (= Tranche 1) : partie du salaire annuel brut, limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- la Tranche B (= Tranche 2) : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois ce plafond.

La rémunération, le revenu de remplacement ou les éléments de salaire retenus sont ceux entrant dans l'assiette de calcul des cotisations de Sécurité sociale ou ceux entrant dans cette assiette mais bénéficiant d'un régime d'exonération de cotisations de Sécurité sociale. Sont notamment pris en compte dans l'assiette des cotisations le 13ème mois, la prime de vacances, l'indemnité de préavis et les gratifications ainsi que les indemnités d'activité partielle légales complétées le cas échéant par l'employeur à l'exclusion des sommes versées à titre exceptionnel lors de la cessation du contrat de travail (notamment l'indemnité compensatrice de congés payés, l'indemnité de fin de contrat à durée déterminée, l'indemnité de départ à la retraite à l'initiative du salarié ou l'indemnité de non concurrence).

Pour les cas de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tels que visés à l'article 9.1 et sans préjudice de l'application le cas échéant des dispositions prévues en matière d'exonération de cotisation, il est précisé que l'assiette des cotisations intègre le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnel versée par l'employeur). Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

En cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toutes natures assises sur les cotisations, les cotisations appelées pourront être majorées à due concurrence.

Article 11.2. Salaire de référence servant de base au calcul des prestations garanties

Garanties Maintien de salaire – Incapacité temporaire de travail – Invalidité/Incapacité Permanente Professionnelle (IPP) – Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) – Rente éducation

Le salaire servant de base au calcul des prestations (hors maintien de salaire) est le salaire annuel brut (tranches A / 1 et B / 2) soumis à cotisations et perçu par le salarié au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du salarié. Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut (tranches A / 1 et B / 2) du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations, y compris les éventuels éléments variables de la rémunération. Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance d'un décès ou d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) au cours de la période de référence, le salaire servant de base au calcul des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement ayant été soumis à cotisation au titre du présent contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par l'adhérent durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Le salaire servant de base au calcul des prestations en cas de Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est revalorisé en fonction de l'évolution d'un indice (*), constatée entre la date du début de l'arrêt de travail et la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

> (*) Indice défini annuellement pour l'année N par la Commission paritaire de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD), dans la limite de 85% du taux de rendement comptable le plus bas de l'actif général prévoyance des organismes assureurs visés à l'article 1 de la notice d'information (hors OCIRP) et du réassureur constaté au 31 décembre N-1 sous déduction du taux technique constaté à la même date et sous réserve que le résultat du régime mutualisé permet de le financer.

Le salaire servant de base au calcul des prestations Rente éducation est revalorisé en fonction d'un coefficient fixé par le conseil d'administration de l'Union OCIRP.

Le salaire servant de base au calcul de la garantie Maintien de salaire est le salaire brut moyen perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. La prestation versée est limitée à 100 % du salaire net de référence, c'est-à-dire sur la base de la moyenne des 12 mois de salaire précédant l'arrêt de travail.

Article 12 – Revalorisation

Article 12.1. Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances

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

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

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

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement 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.

Article 12.2. Revalorisation des prestations en cours de service

AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE, INVALIDITÉ, INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Les prestations incapacité temporaire de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle (IPP) en cours de service sont revalorisées annuellement au 1er juillet N, sur la base d'un taux défini annuellement pour l'année N par la Commission paritaire de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD), dans la limite de 85% du taux de rendement comptable le plus bas de l'actif général prévoyance des organismes assureurs visés à l'article 1 de la notice d'information (hors OCIRP) et du réassureur constaté au 31 décembre N-1 sous déduction du taux technique constaté à la même date et sous réserve que le résultat du régime mutualisé le permette.
La première revalorisation sera mise en œuvre au plus tôt à compter du 181ème jour d'arrêt de travail continu.
Le taux de revalorisation est fixé par référence à l'évolution de l'indice défini ci-dessus constatée entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

AU TITRE DE LA GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Les prestations rentes éducation OCIRP en cours de service sont revalorisées chaque année selon les coefficients fixés par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Article 13 – Cotisation due

Montant des cotisations

La cotisation est mentionnée au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Elle est fixée par la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) et ses avenants. Dès lors qu'elle viendrait à évoluer, sa révision se ferait dans les conditions définies par lesdits avenants nonobstant les révisions liées à tout changement législatif ou réglementaire conformément à l'application des dispositions de l'article 11 de la notice d'information.

La cotisation annuelle est payable par l'adhérent trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.

L'organisme assureur ou gestionnaire procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de l'état récapitulatif du personnel communiqué par l'adhérent avant le 31 janvier de l'année suivante.

Toutes les règles contractuelles et légales relatives au paiement des cotisations sont applicables à l'ajustement annuel des cotisations. En l'absence de communication de l'état nominatif, l'organisme assureur ou gestionnaire pourra procéder à toutes régularisations sur la base des éléments en sa possession.

Article 14 – Exonération de paiement des cotisations

Les assurés en arrêt de travail, dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires hors maintien de salaire servies par l'organisme assureur ou gestionnaire au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle (IPP), sont exonérés de cotisations prévoyance tant sur la part patronale que sur la part salariale.

L'exonération des cotisations cesse :

- dès l'arrêt ou la suspension des prestations complémentaires, ou
- en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant alors due sur la base du salaire versé par l'adhérent.

Lorsque 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.

Article 15 – Défaut de paiement des cotisations

L'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e) défaillant(e) est toujours redevable de la cotisation dont l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli son adhésion poursuit le recouvrement par tout moyen.

En cas de non paiement des cotisations dans les 10 jours de l'échéance fixée, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent. L'organisme assureur peut dénoncer le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. Le contrat non résilié reprend ses effets conformément aux dispositions prévues par les textes règlementaires en vigueur.

Tout impôt ou taxe, charges ou cotisations ou contributions sociales afférents au contrat, existants ou établis postérieurement à sa date d'effet, sont à la charge de l'adhérent et/ou de l'assuré.

Article 16 – Versement des prestations

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'adhérent, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis.

Lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à perception de frais, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

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

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

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

Conformément à l'article L.132-27-2 et R132-5-5 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. Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour l'organisme assureur envers le ou les bénéficiaires des prestations.

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.

Article 17 – Prescription

Toutes actions et demandes de prestations concernant les garanties souscrites par l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif ne sont plus recevables dans un délai de 2 ans à compter de la survenance de l'événement qui y donne naissance.

La prescription 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 l'assuré et à 5 ans en cas d'incapacité de travail.

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 sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

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

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

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

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.

Article 18 – Exclusions

Les exclusions applicables au contrat pour les différents risques décès et arrêt de travail sont les suivantes :

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- **d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;**
- **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 ;**
- **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.**

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour homicide volontaire ou tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès ou rente éducation. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

En outre, l'assuré, et/ou, le cas échéant, le(s) bénéficiaire(s) des prestations sont déchus de tout droit à garantie :

- **en cas de fausse déclaration volontaire sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **en cas d'utilisation volontaire de documents inexacts produits comme justificatifs visant à appuyer la demande de prestation.**

Dans ce cas, l'intégralité des prestations qui auraient été indûment versées devra être restituée.

Article 19 – Contrôle

Les organismes assureurs ou gestionnaires peuvent, à tout moment, faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'ils jugeraient nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations.

Ils peuvent également, à tout moment, effectuer eux-mêmes les enquêtes et contrôles administratifs qu'ils estiment utiles.

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

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli son adhésion ou si l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

Article 20 – Modalités de gestion spécifiques aux salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations réglé insuffisant

- **Arrêt de travail ayant pour origine un accident du travail ou une maladie professionnelle**

  La Sécurité sociale ne conditionne pas le versement de ses prestations dans ce cas, ni en termes de durée, ni d'ancienneté ou montant de cotisations réglé. En conséquence, les prestations du régime complémentaire sont versées sans aucune particularité.

- **Arrêt de travail ayant pour origine un accident ou une maladie d'ordre privé**

  Dans ce cas, et à défaut de justification de l'arrêt de travail par la production du bordereau de Sécurité sociale, la légitimité de l'indemnisation complémentaire (avec reconstitution de la prestation Sécurité sociale) devra être justifiée comme suit :

  - il devra être fourni un certificat médical, ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison à l'attention du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur,
  - dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité ainsi que le niveau de celle-ci (susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital décès) seront déterminés par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant de l'assuré, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur seront notifiées à l'assuré à qui elles s'imposeront, s'il ne le conteste pas en apportant des éléments contradictoires. En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée par l'intermédiaire du médecin traitant de l'assuré,
  - dans tous les cas, l'assuré ne pourra se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité, dûment justifiée, de se déplacer, l'assuré devra accepter de recevoir, dans les 30 jours, le médecin précité à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun,
  - sauf cas de force majeure, l'assuré qui refuserait de se soumettre à un contrôle se verra suspendre son droit à prestation tant que ledit contrôle ne pourra avoir lieu.

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

En tout état de cause, si l'assuré ne peut bénéficier des prestations de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant de cotisations insuffisant le règlement des prestations est effectué le cas échéant par l'organisme assureur ou gestionnaire comme si la Sécurité sociale était intervenue et ce sous réserve que soit délivrée à l'assuré toute pièce justifiant son arrêt de travail et acceptée comme telle par l'organisme assureur ou gestionnaire dans les conditions décrites ci-avant.

Article 21 – Litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin expert sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Tribunal compétent statuant par ordonnance de référé.

Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale. Les honoraires du médecin contrôleur ou conseil ou du médecin choisi par l'organisme assureur ou gestionnaire ayant recueilli son adhésion restent à la charge de l'organisme assureur en question.

Les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront supportés par moitié par l'organisme assureur et par l'assuré.

Article 22 – Subrogation

Pour le paiement des prestations complémentaires, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'un accident ou de ses ayants droit, contre l'assureur des tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Article 23 – Territorialité

Les garanties du contrat de prévoyance sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire national, y compris les DROM. Celles-ci produisent leur effet dans le monde entier. Les prestations sont payées en France et en euros.

Article 24 – Autorité de contrôle des organismes assureurs

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R), sise 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Article 25 – Renseignements - Réclamations - médiations

❖ **Demande de renseignements**

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur ou gestionnaire aux coordonnées précisées au Titre V de la notice d'information.

❖ **Réclamation et médiation**

Sont notamment éligibles au dépôt d'une réclamation (y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme assureur) : l'entreprise ou l'organisme employeur privé à but non lucratif, 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 à l'organisme assureur ou gestionnaire aux coordonnées précisées au Titre V de la notice d'information.

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

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

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur compétent par courrier ou par mail aux adresses mentionnées au Titre V de la notice d'information.

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'organisme 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.

Article 26 – Dispositions diverses

Article 26.1. 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.

Article 26.2. Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales

Lutte contre la corruption et contre le trafic d'influence

Le souscripteur déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et que pendant toute la durée du contrat :

- 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 cas échéant dans le Guide de lutte anti-corruption de l'organisme assureur selon les modalités mis à disposition ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quel qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse du souscripteur ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

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

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujetti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.
A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations

devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.
En application de l'article L.561-8 du Code monétaire et financier, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales :

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.
Sur sollicitation de l'organisme assureur, le souscripteur s'engage à lui apporter tous les éléments complémentaires, de nature à permettre de qualifier le plus précisément possible (faux positif, correspondance avérée) les alertes remontées lors du filtrage, par l'organisme assureur, des personnes concernées par le contrat, notamment au titre des mesures restrictives, personnes politiquement exposées, ou presse négative.

Article 27 – Définitions

Article 27.1. Incapacité temporaire de travail

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique d'exercer une quelconque activité professionnelle, constatée par une autorité médicale, ouvrant droit à des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation maladie (Livre III– titre II du Code de la Sécurité sociale) ou de la législation accident du travail/maladie professionnelle (Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

Article 27.2. Invalidité – Incapacité permanente professionnelle (IPP)

INVALIDITÉ

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 (article R.341-2 du code de 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 (*).

INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Il s'agit de la reconnaissance par la Sécurité sociale (en application de l'article L.434-2 alinéa 1er du code de la Sécurité sociale) d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 33 %, entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Article 27.3. Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Il faut entendre par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'invalidité 3ème 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. »

Article 27.4. Fait générateur

Le fait générateur est l'événement à l'origine de la prise en charge du dossier :

- pour l'arrêt de travail, le fait générateur est le 1er jour d'arrêt de travail,
- pour l'invalidité, le fait générateur est le 1er jour d'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité,
- pour l'Incapacité Permanente Professionnelle (IPP), le fait générateur est le 1er jour de la reconnaissance d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 33 %,
- pour le décès, si ce dernier fait suite à une période d'arrêt de travail (ou invalidité), le fait générateur est le 1er jour d'arrêt de travail.

Article 27.5. Accident, accident du travail

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

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

Par accident du travail, il faut entendre celui reconnu comme tel par la Sécurité sociale.

Article 27.6. Conjoint, concubin ou partenaire lie par un pacs

On entend par conjoint, l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ou non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil).

On entend par concubin, le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée d'1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

On entend par partenaire lié par un PACS, la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code Civil.

(*) Art. L.341-4 du Code de la Sécurité sociale.

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

1°Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité leur procurant gain ou profit ;

3° 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

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

L'organisme assureur ou gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations.

DOCUMENTS À FOURNIR	MAINTIEN DE SALAIRE/ INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITÉ IPP* PTIA**	DÉCÈS RENTE ÉDUCATION
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e)	X		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. A défaut, l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale	X		
Certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation	X	X	
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence	X	X	X
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée (pour les assurés sans activité salariée)		X	
Demande de rente (demande du capital décès ou rente éducation en cas de PTIA**)		X	X
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de rente IPP* émanant de la Sécurité sociale		X	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise ou de l'organisme employeur privé à but non lucratif adhérent(e),			X
Acte de décès			X
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un acte de naissance du défunt, copie intégrale de moins de 3 mois avec mentions marginales			X
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			X
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit, le numéro de Sécurité sociale, ainsi qu'une pièce nationale d'identité			X
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux 2 noms, quittance d'électricité, téléphone…)			X
S'il y a lieu, un document établissant l'engagement dans les liens d'un PACS par la production soit d'une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, soit d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné (acte de moins de 3 mois)			X
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS			X
S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de PACS et enfants) ou un héritier			X
En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge pour le versement des prestations le concernant			X
S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant		X	X
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie pour ouvrir droit à la PTIA**		X	X

DOCUMENTS À FOURNIR	MAINTIEN DE SALAIRE/ INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	INVALIDITÉ IPP* PTIA**	DÉCÈS RENTE ÉDUCATION
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires	X	X	X
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie a précédé le décès ou la PTIA**			X

IPP = Incapacité Permanente Professionnelle

****PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie***

En tout état de cause, le numéro de Sécurité sociale de l'assuré devra figurer sur chaque demande.

TITRE V COORDONNEES DES DIFFERENTS ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	CONTACTS DPO	RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATIONS – MEDIATION	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RESILIATION DU CONTRAT
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	Par 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	❖ **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** 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. ❖ **Médiation** 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	• soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2rlamondiale.fr • soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2rlamondiale.fr ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire.

MUTEX - Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances	Lors de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. ▪ par courriel : dpo@mutex.fr ▪ par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex – 140 avenue de la République – TSA 74058 – 92321 Châtillon Cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant les traitements des données personnelles relatives à l'état de santé, les assurés doivent s'adresser par courrier au médecin conseil de Mutex – 140 avenue de la République – TSA 74058 – 92321 Châtillon Cedex.	**- Réclamation à effectuer** : - au service Qualité Relations Adhérents de Mutex pour la garantie Rente éducation, assurée par l'Ocirp, - au service « Réclamation » de l'organisme gestionnaire ou à l'organisme assureur pour les autres garanties assurées par Mutex. La réclamation auprès du service Qualité Relation Adhérents de Mutex peut être introduite via l'un des canaux réservés suivants : - par courrier : MUTEX – SQRA 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites, - via le formulaire de contact mutex.fr https://www.mutex.fr /nous contacter/ - **En cas de désaccord la réclamation** est à adresser au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel. Elle est à envoyer à **:** • pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité et incapacité permanente assurées par Mutex au médiateur de l'assurance. Il peut être saisi par le salarié ou les bénéficiaires des prestations en adressant sa demande à l'adresse suivante : o en priorité par internet : https ://www.mediation-assurance.org, o ou par défaut à l'adresse suivante : la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.	• soit par lettre ou tout autre support durable ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par voie électronique sur le site internet mutex.fr ; • soit par acte extrajudiciaire ; • soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

		• pour la garantie rente éducation assurée par l'OCIRP au médiateur de la protection sociale (CTIP) par recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/. L'avis rendu par le médiateur du CTIP ne lie pas les parties. Il est transmis dans le délai de 90 jours dès réception du dossier complet.	

AG2R PREVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.

Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 529 219 040, entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 140 avenue de la République - 92320 CHATILLON

OCIRP
(Organisme Commun des Institutions de Rentes et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par l'article L.931-2 du Code de la sécurité sociale
Siège social : 17 rue de Marignan, CS 50 003, 75008 Paris