

Prévoyance collective à adhésion obligatoire

Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial-(ALISFA)

Notice d'information - Edition 2026

Cadre et Non cadre



AG2R LA MONDIALE

OCIRP
protéger. agir. soutenir



APICIL



AÉSIO
MUTUELLE



MUTEX

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	5
I – PRISE D’EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT.....	7
CHAPITRE I - DURÉE DES GARANTIES	7
Article 1 - Modalités et prise d’effet de l’affiliation.....	7
Article 2 - Terme des garanties	7
Article 3 - Suspension des garanties	8
Article 4 - Maintien des garanties.....	8
CHAPITRE II - COTISATIONS	12
Article 5 - Base de calcul, taux et révision des cotisations	12
Article 6 - Conditions de paiement des cotisations.....	12
Article 7 - Exonération du paiement des cotisations.....	13
Article 8 - Défaut de paiement des cotisations	13
CHAPITRE III - PRESTATIONS	14
Article 9 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations.....	14
Article 10 - Principe indemnitaire.....	15
Article 11 - Revalorisations	16
Article 12 - Risques exclus et causes de déchéance	18
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	19
Article 13 - Contrôles	19
Article 14 - Litiges Médicaux.....	19
Article 15 - Renseignements - Réclamations et Médiation.....	19
Article 16 - Organisme de contrôle	20
Article 17 - Protection des données à caractère personnel - Lutte contre la corruption, le trafic d’influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales	20
Article 18 - Prescription	22
Article 19 - Subrogation	23
Article 20 - Traitement des prestations décès non réclamées	23
Article 21 - Territorialité.....	24
II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE	25
CHAPITRE V - DÉFINITIONS	25
CHAPITRE VI - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE	27
Article 22 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes	27
Article 23 - Garantie double effet	28
Article 24 - Bénéficiaires des prestations	28
Article 25 - Conditions de règlement des prestations	29
CHAPITRE VII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION	30
Article 26 - Objet de la garantie et montant de la garantie	30
Article 27 - Allocation complémentaire d’orphelin.....	30
Article 28 - Conditions de règlement des prestations	30
Article 29 - Terme de l’indemnisation.....	31
CHAPITRE VIII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE	32
Article 30 - Objet de la garantie	32
Article 31 - Point de départ de l’indemnisation.....	32
Article 32 - Montant des prestations garanties.....	33
Article 33 - Terme de l’indemnisation.....	34
Article 34 - Rechute.....	34
Article 35 - Conditions de règlement des prestations	35
CHAPITRE IX - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	36
Article 36 - Garantie invalidité	36
Article 37 - Garantie incapacité permanente professionnelle	37

Article 38 - Point de départ du service des prestations	37
Article 39 - Terme de l'indemnisation	37
Article 40 - Conditions de règlement des prestations	38

CHAPITRE X - GARANTIE MATERNITÉ..... 39

Article 41 - Objet de la garantie	39
Article 42 - Montant des prestations	39
Article 43 - Point de départ de l'indemnisation	39
Article 44 - Conditions et modalités de règlement des prestations	39
Article 45 - Terme de l'indemnisation	39

ANNEXE 1 — PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS .. 40

ANNEXE 2 — MAINTIEN FACULTATIF DE TOUTES LES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE 41

ANNEXE 3 — DISPOSITIONS RELATIVES AUX ECHANGES DEMATERIALISES 43

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle des Acteurs du Lien Social et Familial ont signé en date du 10 octobre 2025 un avenant n°02-25 (ajusté notamment par avenants n°03-25 et n°04-25 du 17.12.2025) ayant pour objet de redéfinir le régime de prévoyance complémentaire instauré par le chapitre XIII de la convention collective et modifié en dernier lieu par avenant n°07-20 du 8 octobre 2020, au bénéfice de :

-l'ensemble des salariés dits « non-cadres » c'est-à-dire le personnel ne relevant pas de l'article 2.1 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, à compter du 5ème mois consécutif d'ancienneté dans la structure,

-l'ensemble des salariés dits « cadres » c'est-à-dire le personnel relevant de l'article 2.1 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, sans condition d'ancienneté pour toutes les garanties décès (garanties capitaux décès-invalidité absolue et définitive, rente éducation) et à compter du 5ème mois consécutif d'ancienneté dans la structure pour les autres garanties,

-les anciens salariés cadres et non cadres bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale dès lors qu'ils justifient de l'ancienneté requise, affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale des salariés, et dûment affiliés au contrat,

auprès de l'un des organismes assureurs recommandés par vos partenaires sociaux cités ci-dessous :

Soit 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.

Siège social : 140, avenue de la République - 92320 Châtillon.

Mutex pourra, le cas échéant, déléguer à un autre organisme des actes de gestion. Dans ce cas, lorsqu'il est fait référence dans le contrat à « l'organisme gestionnaire », il s'agit soit de l'organisme délégataire de gestion, soit de l'organisme assureur lui-même.

Soit APICIL Prévoyance,

Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale,

Siren 321 862 500

Siège Social : 51, boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON.

Soit AG2R Prévoyance,

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R

Siren 333 232 270

Siège Social : 14-16, Boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

Soit AESIO Mutuelle,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité,

Siren 775 627 391,

Siège social : 173 rue de Bercy - 75012 PARIS.

Assureurs des garanties capitaux décès-invalidité absolue et définitive, incapacité temporaire et invalidité-incapacité permanente et professionnelle et maternité,

Et

OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance,
Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siren 788 334 720
Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris.

Assureur de la garantie rente éducation.

Mutex, AG2R Prévoyance, APICIL Prévoyance et AESIO Mutuelle gèrent la garantie rente éducation au nom et pour le compte de l'OCIRP.

La structure choisit librement l'un des organismes assureurs des garanties capitaux décès-invalidité absolue et définitive, incapacité temporaire et invalidité-incapacité permanente professionnelle, maternité auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de la structure et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

La présente notice d'information définit les garanties, les conditions de leur application, les formalités à accomplir, les justificatifs à fournir ainsi que les obligations des parties contractantes ; elle comporte également les clauses édictant les causes de nullités, les exclusions ou les limitations des garanties ainsi que les délais de prescription.

I — PRISE D'EFFET, DURÉE, OBLIGATIONS DES PARTIES, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

CHAPITRE I - DURÉE DES GARANTIES

Article 1 - Modalités et prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet :

- pour les cadres :
 - soit à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif à cette date,
 - soit à compter de sa date d'entrée chez le souscripteur, pour le salarié embauché postérieurement à la date d'effet du contrat,

et dans tous les cas, pour les garanties incapacité temporaire, maternité, invalidité et incapacité permanente professionnelle, à la date à laquelle il atteint l'ancienneté requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté au sein de la structure.

- pour les non-cadres :
 - pour les salariés présents à l'effectif à la date de prise d'effet du contrat :
 - soit à la date à laquelle il atteint l'ancienneté requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté au sein de la structure,
 - soit à la date de prise d'effet du contrat si cette période d'ancienneté requise est écoulée à cette date ;
 - pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat : la date à laquelle le salarié atteint l'ancienneté requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté au sein de la structure.

sous réserve d'avoir été déclarée à l'organisme gestionnaire dans le mois suivant et d'avoir effectivement pris ses fonctions.

Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'à partir de la réception par l'organisme gestionnaire de la déclaration du souscripteur.

Article 2 - Terme des garanties

Sous réserve de l'application du maintien des garanties prévu aux articles 4.2, 4.3, 4.4 et 4.5 ci-après, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf s'il se trouve en situation de cumul emploi retraite, telle que définie par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré (notamment démission, licenciement, survenance du terme d'un contrat à durée déterminée),
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Article 3 - Suspension des garanties

Les garanties prévues par le contrat sont suspendues de plein droit dans les cas de suspension du contrat de travail de l'assuré ne donnant pas lieu à un maintien des garanties tels que visés aux articles 4.1 et 4.2.

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

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

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

Les salariés dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée au titre des articles 4.1 et 4.2 peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien de toutes les garanties dans les conditions définies en annexe 2.

Article 4 - Maintien des garanties

4.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.),

les garanties définies au contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs, sauf en cas d'exonération du paiement de la cotisation telle que prévue à l'article 7.

Il en est ainsi notamment en cas d'arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles, d'accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle, ou de congés payés légaux, conventionnels ou exceptionnels.

4.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les garanties sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas suivants, sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur (part salariale qui reste due par l'assuré et part patronale) :

- Congés maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption,
- Exercice du droit de grève,
- Congés de solidarité familiale et de soutien familial.

Dans ce cas, le salaire annuel servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables supplémentaires perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail.

Le salaire de référence des prestations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçu par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12ème des rémunérations variables supplémentaires perçues au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail.

4.3. Maintien des garanties et des prestations en cas de cessation du contrat de travail pour les assurés bénéficiaires de prestations

Pour les assurés bénéficiaires de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, les prestations indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente professionnelle en cours de service ou résultant d'un événement survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la cessation du contrat de travail, continuent à être assurées selon les règles en vigueur à la date de cet événement.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, les assurés bénéficiaires de prestations au titre du contrat à la date d'effet de la cessation de leur contrat de travail, restent garantis au niveau des prestations des garanties décès en vigueur au jour de la cessation de leur contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, maternité, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

4.4. Maintien des garanties et des prestations en cas de résiliation du contrat

Le bénéfice des garanties décès, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive d'un assuré, est maintenu pour les salariés ou anciens salariés, bénéficiaires de prestations d'incapacité, maternité ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle au titre du contrat ou dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la résiliation du contrat, tant que se poursuit l'arrêt de travail ou le classement en invalidité ou incapacité permanente professionnelle en cause et ce :

- au niveau des prestations en vigueur au jour de la résiliation du contrat pour les salariés,
- au niveau des prestations en vigueur au jour de la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits pour les anciens salariés.

Les prestations périodiques en cours de service, ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de la résiliation du contrat, ou à la date de cessation du contrat de travail, sont maintenues à la date d'effet de la résiliation jusqu'à l'extinction des droits, et dans les conditions définies à l'article 20 « Revalorisations ».

Les organismes assureurs pourront proposer aux assurés la poursuite de la couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif. Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé en vigueur à la date de résiliation du contrat collectif.

4.5. Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits

Dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties définies au contrat sont maintenues aux anciens salariés du souscripteur, 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.

4.5.1. 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 (notamment 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) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'organisme 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 garanties ont été ouverts chez le souscripteur avant la cessation du contrat de travail.

4.5.2. 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, arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois de couverture**.

Sous réserve d'avoir été déclarés par le souscripteur dans les conditions prévues à l'article 5 des Conditions Générales, les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts avant la date d'effet du contrat, ou la date d'effet de l'opération juridique ou de transfert de nouvelles personnes, bénéficient du maintien des garanties définies au contrat pendant toute la période de maintien de leurs droits restant à courir.

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

Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (notamment reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base) ou dès lors que l'assuré 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 4.5.5 ci-après ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre 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.

Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme gestionnaire, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article 4.5.1 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 gestionnaire de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle entraînant la cessation d'indemnisation par l'assurance chômage, et la liquidation de sa pension de retraite de base.

En cas de sinistre, l'ancien salarié ou le bénéficiaire devra compléter la demande de prestation et l'adresser à l'organisme 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.

4.5.3. Financement du maintien des garanties

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

4.5.4. Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie du personnel à laquelle appartenait l'ancien salarié à la date de cessation de son contrat de travail, sous réserve des dispositions suivantes :

Base de calcul des prestations maintenues

La base de calcul des prestations à prendre en compte est le salaire de référence tel que défini à l'article 18 du chapitre VI « Salaires de référence servant de base au calcul des prestations », précédant la date de cessation du contrat de travail hors sommes de toutes natures versées à cette occasion.

Cumul des prestations

En tout état de cause, **les droits garantis par le contrat au titre de l'incapacité temporaire (ou maternité) 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.**

Dans l'hypothèse où les allocations chômage ne seraient pas encore versées (notamment en raison d'un différé d'indemnisation appliqué par le régime d'assurance chômage), celles-ci seront reconstituées sur la base de celles que l'ancien salarié aurait pu percevoir. Les allocations chômage ainsi reconstituées viennent en déduction des prestations servies par le contrat au titre de la portabilité.

4.5.5. Modifications contractuelles - Résiliation

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux assurés en activité entrant dans la catégorie de personnel assuré (notamment modification des garanties et des conditions de règlement), pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

En cas de résiliation du contrat, sont applicables, dans les mêmes conditions que pour les assurés en activité, l'ensemble des dispositions relatives :

- au maintien des garanties décès à la date de résiliation,
- au versement au niveau atteint à la date de résiliation des prestations en cours de service sauf mention contraire figurant à l'article 11 « Revalorisations »,
- à la proposition d'une couverture de prévoyance dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

4.5.6. Obligations de l'employeur

L'employeur doit remplir les obligations suivantes :

- porter une mention relative au maintien des garanties sur le certificat de travail,
- informer dans les plus brefs délais l'organisme gestionnaire de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité des droits (date et motif).

CHAPITRE II - COTISATIONS

Article 5 - Base de calcul, taux et révision des cotisations

5.1. Base de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut total soumis aux cotisations de Sécurité sociale dans la limite des tranches mentionnées aux conditions particulières.

On entend par :

- tranche 1 (équivalent à l'ancienne tranche A) : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 (équivalent à l'ancienne tranche B) : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

Ce salaire comprend les rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^{ème} mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues au cours de l'année civile d'assurance, à l'exclusion des indemnités à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite ...).

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini à l'article 4.1 de la présente notice d'information, le salaire servant de base au calcul des cotisations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Des dispositions spécifiques sont mentionnées à l'article 4.2 et en Annexe 2.

5.2. Taux de cotisation

Les taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières en pourcentage de la base de calcul des cotisations telle que définie ci-avant.

5.3. Révision des taux de cotisation

Les taux de cotisation sont révisables en fonction des résultats techniques mutualisés de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre de la présente notice d'information, nonobstant les révisions liées à tout changement législatif, réglementaire ou conventionnel conformément aux dispositions de l'article 6 « Révision du contrat » des Conditions générales.

Article 6 - Conditions de paiement des cotisations

La cotisation annuelle est payable par le souscripteur à l'organisme gestionnaire, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.

Le règlement est accompagné, en retour, de l'avis d'appel de cotisations adressé par l'organisme gestionnaire, et dûment complété par le souscripteur, sauf s'il transmet son règlement via la DSN.

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

Article 7 - Exonération du paiement des cotisations

Il y a exonération du paiement de la cotisation due au titre du contrat (tant patronale que salariale) pour les assurés en arrêt de travail dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions complémentaires servies par le contrat au titre de l'incapacité temporaire, maternité, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle et qu'ils ne perçoivent plus aucune rémunération de leur employeur.

L'exonération des cotisations cesse en cas de reprise du travail à temps partiel ou complet de l'assuré, la cotisation étant due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Article 8 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les quinze jours suivant l'échéance, l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe le souscripteur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante-cinq jours après l'envoi de la mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'organisme assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

CHAPITRE III - PRESTATIONS

Article 9 - Salaires de référence servant de base au calcul des prestations

Les prestations, hors rente éducation, sont exprimées en pourcentage du salaire de référence dans les limites des tranches de salaire ayant donné lieu à cotisation telles que fixées aux conditions particulières.

On entend par :

- tranche 1 (équivalent à l'ancienne tranche A) : partie du salaire annuel limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 (équivalent à l'ancienne tranche B) : partie du salaire annuel comprise entre le plafond de la tranche 1 et quatre fois ce plafond.

La prestation rente éducation est exprimée en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Des dispositions spécifiques sont mentionnées à l'article 4.2 et en Annexe 2.

9.1 - Au titre des prestations décès, incapacité temporaire du personnel cadre du 91^{ème} au 1095^{ème} jour d'indemnisation, incapacité temporaire du personnel non-cadre, invalidité-incapacité permanente professionnelle

Le salaire de référence est le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au titre du contrat au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

En cas d'arrêt de travail de l'assuré au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire brut fixe intégralement reconstitué.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^{ème} mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues et ayant donné lieu à cotisation au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des primes et gratifications à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite ...).

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (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 versé par l'employeur et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat. Ce revenu de remplacement est celui versé par l'employeur durant la période de maintien des garanties et s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisation.

Dans le cas où l'intéressé percevrait des prestations au titre du contrat au cours de cette période (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle), le capital décès sera calculé sur la base du salaire de référence retenu pour le calcul des dernières prestations, y compris éventuellement les revalorisations.

9.2 - Au titre des prestations incapacité temporaire du personnel cadre du 31^{ème} au 90^{ème} jour d'indemnisation,

Le salaire de référence est le salaire net à payer fixe versé par l'employeur à l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

On entend par salaire net à payer fixe, le salaire brut fixe versé par l'employeur à l'assuré ayant été soumis à cotisation au titre du contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales salariales.

En cas d'arrêt de travail de l'assuré au cours de cette période, le salaire de référence est le salaire net à payer fixe intégralement reconstitué.

Ce salaire est majoré des rémunérations variables supplémentaires (notamment 13^{ème} mois, prime de vacances, prime d'ancienneté) perçues au titre des 12 derniers mois civils précédant la date de l'événement ouvrant droit à prestations, à l'exclusion des primes et gratifications à caractère exceptionnel ou primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite ...).

Lorsque l'assuré a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (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 versé par l'employeur durant la période de maintien des garanties et ayant été soumis à cotisation au titre du contrat, sous déduction des cotisations et contributions sociales applicables.

Lorsque la période de douze mois est incomplète, le salaire de référence défini ci-dessus est reconstitué sur la base du salaire net du ou des derniers mois civils d'activité.

Article 10 - Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), au salaire versé par l'employeur (pour une activité à temps complet ou à temps partiel), à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que son salaire net d'activité tel qu'il est défini ci-après.

On entend par « salaire d'activité » :

- si l'assuré n'exerce plus d'activité, le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, revalorisé sur la base du taux de revalorisation tel que défini au contrat ;
- si l'assuré exerce une activité à temps partiel, le salaire qu'il aurait perçu s'il avait repris son activité dans des conditions normales de travail, lequel est calculé sur la base du salaire qu'il percevait au titre de son activité à temps partiel, reconstitué à hauteur de son temps de travail contractuel (à temps plein ou, le cas échéant, à temps partiel) au titre du mois indemnisé.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

En cas d'incapacité temporaire, maternité, les prestations sont réglées par l'organisme gestionnaire au souscripteur tant que le contrat de travail n'est pas rompu, à charge pour ce dernier de les reverser à l'assuré après calcul et précompte des charges sociales. Il appartient au souscripteur de veiller à ce que le

principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme gestionnaire en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

Article 11 - Revalorisations

11.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations

11.1.1. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès

En cours de vie du contrat, le salaire de référence est revalorisé pour le calcul des prestations invalidité, incapacité permanente professionnelle et des capitaux décès, lorsque l'assuré justifie ou justifiait d'un arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale ou non (exclusivement dans ce dernier cas au profit des salariés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits en espèces de la Sécurité sociale et indemnisés par le contrat) d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus, à la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou à celle de son décès ou invalidité absolue et définitive.

Dans ce cas, le taux de revalorisation est égal au cumul des taux de revalorisation annuels constatés entre le début de l'arrêt de travail de l'assuré et la date de mise en invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ou celle de son décès ou invalidité absolue et définitive et tels que définis ci-après.

Le taux de revalorisation annuel est appliqué au 1^{er} janvier de chaque année par référence à la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le 1^{er} janvier de l'année précédente et le 1^{er} janvier de l'année en cours, **et est limité chaque année à 80% du taux le plus faible parmi les taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance des organismes assureurs de l'année précédente sous déduction du taux d'intérêt technique communément retenu dans les comptes de l'année N-1.**

11.1.2. Revalorisation du salaire de référence servant de base au calcul de la rente éducation

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

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations du salaire de référence de toutes les prestations (invalidité, incapacité permanente professionnelle, capitaux décès, rente éducation) cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation.

Toutefois, en l'absence d'organisme assureur repreneur, la revalorisation du salaire de référence pour le calcul des prestations décès, qui sont maintenues conformément à l'article 4.4, continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article.

11.2. Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

11.2.1. Revalorisation des prestations incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année, à condition, lorsque le bénéficiaire est l'assuré, qu'il justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 6 mois continus à la date d'application de la revalorisation.

Dans ce cas, elles sont revalorisées en fonction de la variation du point de retraite Agirc-Arrco constatée entre le 1^{er} janvier de l'année précédente et le 1^{er} janvier de l'année en cours, ou la date d'ouverture des droits à prestations et le 1^{er} janvier de l'année en cours lorsque ces droits ont été ouverts postérieurement au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Le taux de revalorisation ainsi déterminé est limité annuellement à 80% du taux le plus faible parmi les taux de rendement comptable de l'actif général prévoyance des organismes assureurs de l'année précédente, sous déduction du taux d'intérêt technique communément retenu dans les comptes de l'année N-1.

11.2.2. Revalorisation des rentes éducation

En cours de vie du contrat, les rentes éducation sont revalorisées annuellement selon l'indice fixé par le Conseil d'Administration de l'OCIRP.

Par principe, en cas de résiliation du contrat, les revalorisations de toutes les prestations (incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle et rente éducation) cesseront d'être appliquées à la date d'effet de la résiliation, les prestations périodiques en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat, continueront d'être versées à leur niveau atteint à cette date.

Par exception, en cas de résiliation du contrat, en l'absence d'organisme assureur reprenneur, la revalorisation de toutes les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenant antérieurement à la date de résiliation du contrat continuera d'être assurée dans les conditions prévues au présent article 11.2.

11.3. Revalorisation des capitaux décès dus à compter du décès ouvrant droit à prestations

Conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, les capitaux dus à compter du décès ouvrant droit à prestations font l'objet d'une revalorisation à compter du décès ouvrant droit à prestations jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

11.4. Revalorisation des arrérages de rentes et des allocations dus entre le décès ouvrant droit à prestations et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations.

Les arrérages de rentes et les allocations échus entre la date du décès ouvrant droit à prestations et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances.

Durant la période se situant entre la date du décès et la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 11.2.

À compter de la date d'échéance de l'arrérage ou de l'allocation et jusqu'à la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage ou l'allocation est revalorisé par application d'un taux annuel égal au taux le moins élevé des deux taux visés au 2° de l'article R. 132-3-1 du Code des assurances.

Article 12 - Risques exclus et causes de déchéance

12.1. Exclusions concernant les garanties décès et invalidité absolue et définitive

Sont exclus des garanties décès et invalidité absolue et définitive les sinistres résultant :

- d'une guerre étrangère à laquelle la France serait partie, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir,
- de guerre étrangère ou civile dès lors que l'assuré y prend une part active,
- du fait de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux atomiques,
- d'un acte volontaire effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route,
- de l'utilisation de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement.

Pour la garantie double effet, le conjoint, concubin, partenaire de Pacs se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

Pour la garantie allocation complémentaire orphelin, le parent survivant se voit également appliquer les exclusions de risques définies ci-dessus.

12.2. Exclusions concernant les garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle

Sont exclus des garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle les sinistres résultant de faits intentionnellement et volontairement provoqués par l'assuré.

12.3. Déchéance

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

En outre, l'assuré, et/ou, le 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 pour la constitution et/ou le suivi de la demande d'indemnisation.

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

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 - Contrôles

L'organisme assureur peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

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.

Article 14 - 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 conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du tribunal compétent du domicile de l'assuré.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'organisme assureur pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'organisme assureur ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait une décision prise à l'encontre de la situation de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'assuré.

Article 15 - Renseignements - Réclamations et Médiation

❖ Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à AG2R Prévoyance auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) :

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

❖ Réclamation et médiation

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

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

- Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ;
- Via l'espace client ;

- Par courrier à l'adresse suivante :
AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX
- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
 - 09 72 67 22 22 pour les entreprises,
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

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

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

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

- Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>;
- Par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la protection sociale
10, Rue Cambacérès
75008 Paris

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur peut être saisi dans un délai d'un an maximum à compter de la réclamation écrite adressée à l'Institution.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai moyen de 90 jours à réception du dossier complet et déclaré recevable.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties ; elles resteront libres de saisir la juridiction compétente.

Article 16 - Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

Article 17 - Protection des données à caractère personnel - Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales

17.1 - 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.

17.2 - 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 le trafic d'influence

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

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'organisme assureur accessibles sur le site d'AG2R LA MONDIALE ;
- 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 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 assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier. A ce titre, le souscripteur et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification du souscripteur et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal du souscripteur ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

Mesures restrictives et sanctions internationales :

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles l'organisme assureur serait réglementairement tenu de se conformer.

Article 18 - Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

Elle peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Suspension de la prescription

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

Article 19 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat, l'organisme assureur est subrogé, jusqu'à concurrence du montant et à l'instant même du paiement desdites prestations, dans les droits et actions de l'assuré victime d'une atteinte à la personne ou de ses ayants droit, contre l'assureur du tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Article 20 - Traitement des prestations décès non réclamées

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

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

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

Article 21 - Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger, ou à l'occasion d'un détachement, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Les prestations des organismes assureurs viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, reconstituées le cas échéant, et sont payées en France et en euros.

II – CONDITIONS GÉNÉRALES PAR GARANTIE

CHAPITRE V - DÉFINITIONS

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, dont la filiation avec ce dernier, y compris adoptive, a été légalement établie (y compris les enfants reconnus) :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - o de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - o d'être en apprentissage ;
 - o de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans les 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 ;
 - o d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi, c'est-à-dire inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - o d'être employés dans un ESAT (Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail) ou un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- quel que soit leur âge en cas d'invalidité avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Sont également considérés comme à charge au moment du décès de l'assuré, indépendamment de la position fiscale :

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

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable à condition qu'elle soit transcrite à l'état civil), et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire.

Concubin

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun d'une période de deux ans (notamment quittance de loyer, facture EDF) ; ou qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union (aucune durée n'est alors exigée dans cette situation).

Partenaire de Pacs

On entend par partenaire de Pacs, la personne ayant conclu avec une autre personne une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 et suivants du Code civil). Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaire. L'existence d'un Pacs peut être prouvée soit par la production de la copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, soit par la production d'un extrait d'acte de naissance sur lequel le Pacs est mentionné.

Invalidité absolue et définitive

On entend par invalidité absolue et définitive, l'incapacité absolue d'exercer une profession, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive :

- l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L.341-4 3° du Code de la Sécurité sociale, et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale ;
- l'incapacité permanente, définie à l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale et indemnisée comme telle par la Sécurité sociale, avec attribution d'une prestation complémentaire en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne, et dont le taux est égal ou supérieur à 80 %.

Franchise

On entend par franchise, la période d'arrêt de travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre au service des prestations.

CHAPITRE VI - CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITE ABSOLUE DÉFINITIVE

Article 22 - Capital décès ou invalidité absolue et définitive toutes causes

22.1. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'assurer le versement en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis à l'article 33.

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

22.2. Montant du capital

- Pour le personnel non cadre bénéficiant de la garantie à compter de la date à laquelle il atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure

<i>Situation de famille</i>	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence	
	Tranche 1	Tranche 2
Toute personne assurée	170%	170%

Le montant du capital décès ou IAD ne peut être inférieur à **3 000 euros**.

- Pour le personnel cadre à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure

<i>Situation de famille</i>	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence	
	Tranche 1	Tranche 2
Toute personne assurée	250%	250%

Le montant du capital décès ou IAD ne peut être inférieur à **3 000 euros**.

- Pour le personnel cadre n'ayant pas atteint le 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure

<i>Situation de famille</i>	Montant en pourcentage du salaire annuel de référence
	Tranche 1
Toute personne assurée	250%

Le montant du capital décès ou IAD ne peut être inférieur à **3 000 euros**.

Article 23 - Garantie double effet

23.1. Objet de la garantie

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs , survenu dans les douze mois suivant le décès de l'assuré, un capital est versé au profit des enfants à charge, réparti à parts égales entre eux.

Il faut entendre par enfants à charge, en cas de décès, les enfants qui étaient à la charge de l'assuré à la date de son décès, et qui sont à la charge du conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de l'assuré, au moment de son décès, sous réserve qu'ils remplissent à cette date les conditions d'âge et/ou de situation définies dans la présente notice d'information.

23.2. Montant du capital

Le montant du capital versé est égal à 100% du capital décès toutes causes, selon le personnel concerné.

Article 24 - Bénéficiaires des prestations

24.1. Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

Les assurés peuvent désigner un ou plusieurs bénéficiaires soit au moyen du formulaire de désignation de bénéficiaire (le cas échéant par voie dématérialisée lorsque l'organisme assureur le prévoit), soit par voie d'acte authentique, soit par acte sous seing privé.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, ses coordonnées peuvent être portées audit formulaire de désignation de bénéficiaires et seront utilisées par l'organisme gestionnaire lors du décès de l'assuré.

Pour la modification de la désignation des bénéficiaires, une nouvelle désignation devra être réalisée, celle-ci annulera la précédente (sauf acceptation du ou des bénéficiaires initialement désignés).

Toutefois, la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par un avenant signé de l'organisme assureur, de l'assuré et du bénéficiaire (le cas échéant par voie dématérialisée lorsque l'organisme assureur le prévoit),
- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'organisme gestionnaire pour lui être opposable.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le participant notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque ^(*), le capital est versé comme suit :

- au conjoint survivant non séparé de droit, au concubin notoire et permanent au sens de l'article 515-8 du Code civil, au partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut aux enfants, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendants directs, au père et mère survivants ;
- à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants ;
- à défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs ;
- à défaut de tous les susnommés, aux héritiers en application des règles de dévolution successorale légale.

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

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

Toutefois, quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable lorsque deux personnes, dont l'une avait vocation à succéder à l'autre, périssent dans un même événement, l'ordre des décès est établi par tous moyens. Si cet ordre ne peut être déterminé, la succession de chacune d'elles est dévolue sans que l'autre y soit appelée. Toutefois, si l'un des co-décédés laisse des descendants, ceux-ci peuvent représenter leur auteur dans la succession de l'autre.

Un bénéficiaire a la possibilité d'accepter la désignation faite à son profit dans les conditions prévues par la loi. Dans ce cas, cette désignation devient irrévocable et ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

24.2. Bénéficiaire du capital en cas d'invalidité absolue et définitive toutes causes

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux est l'assuré lui-même.

24.3. Bénéficiaires du double effet

Les bénéficiaires du capital au titre du double effet sont les enfants à charge à parts égales entre eux.

Article 25 - Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés dans un délai maximum de 30 jours à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive du contrôle prévu à l'article 13.

CHAPITRE VII - GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Cette garantie est souscrite au bénéfice des cadres sans condition d'ancienneté et des non-cadres à compter de la date à laquelle le salarié atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure.

Article 26 - Objet de la garantie et montant de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente éducation temporaire à chaque enfant à charge dont le montant est égal à :

Âge des enfants à charge	Montant en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur au jour du décès ou de l'IAD
Jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire	8 %
Du 18 ^{ème} au 26 ^{ème} anniversaire (sous condition d'être à charge au sens des dispositions prévues au chapitre VIII)	15 %

La rente continue à être versée sans limitation de durée à l'enfant à charge reconnu, avant le terme de versement de la rente éducation, en invalidité équivalente à une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, soit l'allocation pour adulte handicapé), ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Article 27 - Allocation complémentaire d'orphelin

En cas de décès du dernier parent, survenu dans les douze mois suivant le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré, ou lorsque les enfants deviennent orphelins des deux parents au jour du décès de l'assuré, une allocation complémentaire annuelle est versée à chaque enfant à charge, dont le montant est égal au montant de la rente éducation servie à titre principal.

Article 28 - Conditions de règlement des prestations

Les rentes prennent effet au lendemain de la date du décès ou de la constatation de l'invalidité absolue et définitive.

Elles sont versées par quart trimestriellement à terme à échoir et sur production de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe.

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

Si l'enfant est majeur protégé, la rente est servie pour son compte à son représentant légal. Si l'enfant est majeur, la rente lui est versée directement.

Les bénéficiaires des rentes, ou leur représentant légal, sont tenus de notifier tout changement intervenant dans leur situation. Ils doivent également répondre annuellement à la demande de justification relative à la poursuite du versement des prestations.

Le versement des rentes par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive n'ouvre pas droit au versement de nouvelles rentes en cas de décès de l'assuré.

Article 29 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes éducation (y compris des allocations complémentaires) prend fin à dater du jour où le bénéficiaire ne réunit plus les conditions d'âge et/ou de situation exigées à l'ouverture des droits, et en tout état de cause du jour de son décès.

Les fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

CHAPITRE VIII - GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Article 30 - Objet de la garantie

La garantie incapacité temporaire a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières, complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurés se trouvant dans l'obligation de cesser leur activité professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Toutefois, en l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour l'assuré ne satisfaisant 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, des indemnités journalières complémentaires sont versées en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Article 31 - Point de départ de l'indemnisation

- **Pour le personnel non cadre bénéficiant de la garantie à compter de la date à laquelle il atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure**

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise globale de **90 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail reconnues et indemnisées ou non par l'organisme assureur, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de **90 jours** le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la Sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Pour le cas où l'assuré a été en arrêt de travail avant la date à laquelle il acquiert l'ancienneté requise dans la structure tel que définie à l'article 10 du chapitre IV « Modalités et prise d'effet de l'affiliation » pour bénéficier du régime conventionnel, le décompte de la franchise ne débute qu'à compter de la date d'affiliation au contrat.

Les arrêts de travail antérieurs ne sont pas pris en compte pour le calcul de la franchise.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

- **Pour le personnel cadre justifiant de 4 mois consécutifs d'ancienneté dans la structure**

Les indemnités journalières sont servies à l'issue d'une franchise globale de **30 jours d'arrêt de travail continu ou discontinu**.

La détermination de la franchise est appréciée en décomptant, à la date de l'arrêt au titre duquel l'indemnisation est demandée, toutes les périodes d'arrêt de travail indemnisées ou non par l'organisme assureur, intervenues en cours d'assurance dans les douze mois consécutifs précédents.

Ainsi, pour déterminer la durée de la franchise applicable à l'arrêt de travail au titre duquel l'indemnisation est demandée, on déduit de la franchise globale de 30 jours le nombre de jours d'arrêts de travail survenus lors des 12 mois précédents susmentionnés.

Toutefois, dès lors que la prise en charge de l'arrêt de travail intervient durant la période de franchise de la Sécurité sociale, le montant de la prestation complémentaire s'entend y compris les prestations versées par la Sécurité sociale qui sont reconstituées de manière théorique.

Pour le cas où l'assuré a été en arrêt de travail avant la date à laquelle il acquiert l'ancienneté requise dans la structure telle que définie à l'article 10 « Modalités et prise d'effet de l'affiliation » pour bénéficier du régime conventionnel, le décompte de la franchise ne débute qu'à compter du jour où il peut prétendre à la garantie indemnités journalières.

Les arrêts de travail antérieurs ne sont pas pris en compte pour le calcul de la franchise.

Lorsque la franchise est atteinte, tout nouvel arrêt de travail fera l'objet d'une indemnisation dès le premier jour d'arrêt de travail.

Article 32 - Montant des prestations garanties

32.1. Conditions de prise en charge

En cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré, il est versé à l'issue de la période de franchise une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant annuel représente :

- **Pour le personnel non cadre bénéficiant de la garantie à compter de la date à laquelle il atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure**

du 91^{ème} jour d'arrêt de travail au 1095^{ème} jour : 75% du salaire brut de référence tranches 1 et 2, sous déduction des prestations brutes de prélèvements sociaux versées par la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.

- **Pour le personnel cadre à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure**
 - **du 31^{ème} jour d'arrêt de travail au 90^{ème} jour : 100% du salaire net de référence tranches 1 et 2, sous déduction des prestations nettes de prélèvements sociaux de la Sécurité sociale au titre de cette incapacité ;**
 - **du 91^{ème} jour d'arrêt de travail au 1095^{ème} jour : 75 % du salaire brut de référence tranches 1 et 2, sous déduction des prestations brutes de prélèvements sociaux de la Sécurité sociale au titre de cette incapacité.**

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 10 « Principe indemnitaire ».

32.2. Limites

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives figurant en annexe et, le cas échéant, du contrôle prévu à l'article 13 de la présente notice d'information.

En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'organisme assureur accorde des prestations complémentaires réduites dans les limites fixées à l'article 10 de la présente notice d'information.

Les congés de paternité ou d'adoption n'ouvrent pas droit aux prestations.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale seraient réduites (notamment en cas d'envoi à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà des délais prévus), celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par le contrat.

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

Article 33 - Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières prend fin à dater soit :

- du jour de la reprise de travail à temps complet,
- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières à l'assuré,
- lors de la reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle de l'assuré,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf pour l'assuré en situation de cumul emploi-retraite telle que définie par les textes en vigueur. Pour ce dernier, l'indemnisation cesse le jour où Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- au jour du décès de l'assuré,
- en tout état de cause au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Article 34 - Rechute

La rechute constatée par la Sécurité sociale, ou la prolongation d'arrêt de travail sans application de la carence par la Sécurité sociale, ou la rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L 323-1, 1^{er} et R 323-1, 1^{er}, 2, et 3^{er} du Code de la Sécurité sociale) est considérée comme une rechute sous réserve :

- que l'arrêt de travail initial ait fait l'objet d'une indemnisation au titre du contrat,
- et que la nouvelle période d'interruption de travail soit en lien avec la pathologie ayant entraîné l'arrêt de travail initial.

Aucune franchise n'est alors appliquée et les prestations sont servies et calculées comme celles de l'arrêt de travail initial. La garantie en vigueur à la date de survenance de l'arrêt de travail initial est retenue.

Article 35 - Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les indemnités journalières sont versées au fur et à mesure de la présentation des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale.

Elles sont versées directement au souscripteur tant que le contrat de travail est en vigueur, à charge pour lui de les reverser à l'assuré, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail de l'assuré, les indemnités journalières sont versées directement à l'assuré, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant 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, les indemnités sont versées sous réserve de la production d'un certificat médical du médecin traitant de l'assuré et de l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

CHAPITRE IX - GARANTIE INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Ces garanties ne sont souscrites qu'au bénéfice du salarié cadre à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure et du salarié non cadre à compter de la date à laquelle il atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure.

Article 36 - Garantie invalidité

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'invalidité au titre d'une maladie ou d'un accident de la vie courante, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dont le montant annuel est défini comme suit :

<i>Catégorie d'invalidité</i>	Montant en pourcentage du salaire de référence tranches 1 et 2 sauf mention différente
3 ^e catégorie Sécurité sociale	73 %
2 ^e catégorie Sécurité sociale	73 %
1 ^{ère} catégorie Sécurité sociale	60% de la rente versée en 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie d'invalidité

Le montant de la prestation s'entend sous déduction des prestations nettes de prélèvements sociaux servies par la Sécurité sociale au titre de l'invalidité, et hors majoration pour tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 10 « Principe indemnitaire ».

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

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

- 1^{ère} Catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} Catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} Catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. ».

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant 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, l'organisme assureur peut accepter, après décision médicale selon les modalités définies à l'article 13, de les indemniser en reconstituant de manière théorique l'intervention de la Sécurité sociale.

Article 37 - Garantie incapacité permanente professionnelle

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier les assurés, dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de leur état d'incapacité permanente professionnelle (IPP) d'un taux égal ou supérieur à 33 % au titre d'une maladie ou d'un accident professionnel, d'une prestation complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, dont le montant annuel est défini comme suit :

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

73 % du salaire brut de référence tranches 1 et 2

En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33% et moins de 66% :

60 % de la rente versée en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité

Le montant de la prestation s'entend sous déduction des prestations nettes servies par la Sécurité sociale au titre de l'incapacité, et hors prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En tout état de cause, le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100 % de son salaire net d'activité, conformément à l'article 19 « Principe indemnitaire ».

Par incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 33 %, il faut entendre l'IPP reconnue par la Sécurité sociale en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal ou supérieur à 33 % entraînant le versement d'une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

Article 38 - Point de départ du service des prestations

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

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant 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, les pensions d'invalidité sont servies à compter de la date de survenance de l'événement déterminé par le médecin conseil de l'organisme assureur.

Article 39 - Terme de l'indemnisation

Le service des rentes ou des pensions prend fin à dater soit :

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle,
- du jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 %,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- au jour de la reprise du travail à temps complet ou partiel, sauf si dans ce dernier cas, celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques,
- au jour du décès de l'assuré.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, pour les assurés ne satisfaisant pas aux conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale, le service de la rente d'invalidité prend fin à dater soit :

- du jour où le médecin conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité,
- de la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- du jour du décès de l'assuré.

Le service des rentes interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus est automatiquement repris dans les limites fixées par le contrat, à compter du jour où il a été médicalement constaté que l'incapacité permanente professionnelle est redevenue égale ou supérieure à 33% pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux compris entre 33% et moins de 66% et à 66% pour l'incapacité professionnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 66%.

Article 40 - Conditions de règlement des prestations

49.1 Modalités de règlement des prestations

Les demandes de rentes ou de pensions doivent être effectuées dans un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations et sur production des pièces et justificatifs figurant en annexe.

Les rentes ou pensions sont versées directement à l'assuré, mensuellement à terme échu, nettes de contributions sociales prévues par la réglementation et d'impôt sur le revenu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement ou en cours de service des prestations.

49.2 Modalités de gestion spécifiques pour les assurés ne satisfaisant 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

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci seront déterminés par le médecin 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 sont notifiées à l'assuré à qui elles s'imposent s'il ne les 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 les conditions définies à l'article 14 de la présente notice d'information.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme assureur ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle n'aura pu avoir lieu (sauf cas de force majeure dont il doit apporter la preuve).

CHAPITRE X - GARANTIE MATERNITÉ

Cette garantie n'est souscrite qu'au bénéfice du salarié cadre à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure et du salarié non cadre à compter de la date à laquelle il atteint l'ancienneté minimale requise, soit à compter du 5^{ème} mois consécutif d'ancienneté dans la structure.

Article 41 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale au titre du congé maternité, les assurés se trouvant en congé légal de maternité tel que défini aux articles L.331.3 à L.331.8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 42 - Montant des prestations

Le montant des prestations est identique à celui versé au titre de l'incapacité temporaire et dans les mêmes conditions.

Article 43 - Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à compter du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières au titre du congé légal de maternité.

Article 44 - Conditions et modalités de règlement des prestations

Les indemnités journalières complémentaires au titre du congé légal de maternité sont versées dans un délai de 30 jours à compter de la production des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces justificatives à fournir figurant en annexe.

Elles sont versées directement au souscripteur, à charge pour lui de les reverser à l'assuré, nettes de charges sociales et d'impôt sur le revenu.

Toute autre pièce justificative peut être demandée au moment de la survenance de l'événement et en cours de service des prestations.

Article 45 - Terme de l'indemnisation

Le service des indemnités journalières complémentaires prend fin à dater du jour où la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières au titre du congé légal de maternité, et en tout état de cause du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier des prestations.

ANNEXE 1 — PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Toutes autres pièces nécessaires au paiement des prestations peuvent être réclamées notamment celles mentionnées sur le formulaire de demande de prestations

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire Maternité	Invalidité IPP	Décès IAD	Rentes Education
Demande d'indemnités journalières signée par le représentant qualifié de l'employeur	✓			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	✓			
En cas de temps partiel thérapeutique, attestations de salaires et bordereaux de Sécurité sociale	✓			
Copies des bulletins de salaire délivrés au cours de la période définie pour le salaire de référence	✓	✓	✓	✓
Demande de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle, signée par le représentant qualifié de l'employeur		✓		
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		✓		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée ou justificatif de salaire en cas d'activité rémunérée		✓		
Demande de capital Décès ou IAD signée par le représentant qualifié de l'employeur			✓	
Acte de décès (bulletin de décès)			✓	✓
Titre de pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par la Sécurité sociale			✓	✓
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut acte de naissance du défunt			✓	✓
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			✓	✓
Justificatif de la qualité de conjoint ou à défaut, d'ayant droit			✓	✓
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			✓	
Copie du dernier avis d'imposition de l'assuré, et le cas échéant celui de son concubin ou partenaire Pacs			✓	
En présence d'enfants, certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation			✓	✓
Si personne handicapée à charge, copie de la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé				✓
Justificatifs en cours de validité de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires des prestations			✓	✓
Attestation d'inscription au régime d'assurance chômage		✓		
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			✓	✓
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 ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone...)			✓	✓
S'il y a lieu une copie du récépissé d'enregistrement du Pacs, ou d'un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS de moins de 3 mois			✓	✓
Certificat médical sous enveloppe cachetée attestant de l'état de handicap du bénéficiaire				✓

ANNEXE 2 — MAINTIEN FACULTATIF DE TOUTES LES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'article 12 (ne bénéficiant pas d'un maintien au titre des articles 4.1 et 4.2) de la présente notice d'information et les assurés en congés parental dont le contrat de travail est suspendu peuvent demander à bénéficier, à titre facultatif, à compter de la date de suspension de leur contrat de travail, du maintien de l'ensemble des garanties du régime de prévoyance pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information de l'assuré sur ce maintien facultatif incombe au souscripteur.

Condition de mise en œuvre

La demande de l'assuré doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme gestionnaire par l'intermédiaire du souscripteur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Au-delà de ce délai, l'assuré ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce maintien.

Durée et modalités du maintien des garanties

Le dispositif de maintien des garanties entre en application à compter de la date de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Les garanties :

- **incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle sont maintenues pendant une durée égale à celle pendant laquelle ils bénéficient d'un maintien de droits au titre du régime de base de la Sécurité sociale,**
- **décès-invalidité absolue et définitive et rente éducation sont maintenues pendant toute la durée de suspension du contrat de travail de l'assuré.**

Le maintien porte nécessairement sur l'ensemble des garanties dont l'assuré bénéficie selon l'ancienneté requise et pendant toute leur durée respective.

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de fin de la suspension de son contrat de travail,**
- **en cas de défaut de paiement de la cotisation,**
- **à la date de cessation de son contrat de travail,**
- **à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat.**

Par ailleurs, lorsque la suspension du contrat de travail de l'assuré résulte d'un congé pour création d'entreprise, le maintien des garanties cesse de plein droit, dès lors que le salarié concerné bénéficie d'une nouvelle couverture sociale au titre de l'activité ainsi créée (soit en tant que salarié d'une nouvelle société, soit en tant que travailleur indépendant).

Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont celles applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire tel que défini dans la présente notice d'information et qui précède la date du début de suspension du contrat de travail.

Le total des prestations complémentaires versées ne devra pas, en s'ajoutant aux indemnités, pensions ou rentes de même nature servies par la Sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne et prestation complémentaire pour recours à tierce personne), à toute somme ou aide en rapport avec le motif de suspension du contrat de travail considérée, versée par quelque organisme que ce soit, public ou privé, à tout autre revenu du travail et aux allocations versées par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature versée par tout autre organisme assureur, permettre à l'assuré de percevoir en net plus que le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé.

Le salaire que l'assuré aurait perçu s'il avait travaillé est le salaire de référence servant de base au calcul de la prestation, tel que défini dans la présente notice d'information qui précède la date du début de suspension du contrat de travail, revalorisé sur la base du taux de revalorisation prévu dans la présente notice d'information.

En cas de dépassement, la prestation complémentaire servie sera réduite à due concurrence. Le cas échéant, les prestations ou fractions de prestations indûment versées pourront être réclamées.

Cotisations

Les taux de cotisation sont identiques à ceux applicables aux assurés en activité.

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal à la moyenne des salaires bruts soumis aux cotisations de Sécurité sociale des douze derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail, majoré du 1/12^{ème} des rémunérations variables supplémentaires au cours des 12 mois civils précédant la suspension de son contrat de travail, à l'exclusion des indemnités versées en raison de la cessation du contrat de travail.

Le montant total des cotisations individuelles (part salariale et part patronale) doit être réglé par l'assuré à l'organisme gestionnaire. **A défaut de paiement, l'assuré ne pourra plus bénéficier du maintien facultatif des garanties.**

L'assuré peut choisir de régler les cotisations :

- par chèque pour la période correspondant à la durée de suspension de son contrat de travail,
- ou par prélèvement SEPA, soit trimestriellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil, soit mensuellement à terme échu au plus tard dans les 15 jours qui suivent la fin du mois.

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

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

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

ANNEXE 3 — DISPOSITIONS RELATIVES AUX ECHANGES DEMATERIALISES

a) Définition

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

- à partir d'un ensemble de services en ligne accessibles pour le souscripteur et l'assuré depuis le site www.ag2rlamondiale.fr avec le numéro de contrat ;
- à partir de courriels envoyés à l'adresse e-mail transmise par le souscripteur ou l'assuré (ou renseignée par le souscripteur sur l'Espace Client le cas échéant).
- et/ou à partir de « l'Espace Client » du souscripteur lorsque l'accès lui est ouvert. L'Espace Client est un espace en ligne sécurisé accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale (<https://espace-client.ag2rlamondiale.fr/accueil/>) ;

Il appartient au souscripteur ou à l'assuré d'aviser immédiatement l'organisme assureur de tout changement d'adresse électronique.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le souscripteur et l'assuré peuvent à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des échanges.

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

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

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

Assureurs des garanties de prévoyance :

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R

Siren 333 232 270

Siège Social : 14-16, Boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

Et

OCIRP

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

Siège social : 17 rue de Marignan - 75008 Paris

