



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance

Garanties complémentaire arrêt de travail – Option 1

Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) du 21 mai 2010

Notice d'information

Ensemble du personnel
de la catégorie assurée
Garanties au 1^{er} janvier 2024

Sommaire

Présentation	3
Incapacité temporaire de travail	4
Personnel concerné	4
Objet de la garantie	4
Point de départ de l'indemnisation	4
Montant de la prestation	4
Terme de l'indemnisation	5
Conditions de règlement des prestations	5
Invalidité	6
Personnel concerné	6
Objet de la garantie	6
Montant des prestations	6
Terme de l'indemnisation	7
Conditions de règlement des prestations	7
Justificatifs à fournir	7
Dispositions générales	9
Début des garanties	9
Cessation des garanties	9
Maintien des garanties	10
Exclusions / déchéance	11
Salaire de référence	11
Revalorisation	12
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	12
Exonération de paiement des cotisations	12
Contrôle médical	13
Modalités de gestion spécifiques aux salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant	14
Recours contre les tiers responsables	14
Lutte contre la corruption et le trafic d'influence - Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales	16
Échanges dématérialisés	17
Protection des données à caractère personnel	17
Autorité de contrôle	19
Mes services	20
Découvrez notre application mobile « service client »	20

Présentation

La garantie arrêt de travail (incapacité de travail, invalidité), figurant dans la présente notice, est souscrite en complément du régime de prévoyance prévu par la Convention collective nationale de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD).

Les garanties figurant dans la présente notice sont assurées par AG2R Prévoyance (dénommée « l'organisme assureur » dans la présente notice), membre de AG2R LA MONDIALE.

La notice d'information est réalisée pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement des garanties souscrites.

Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur ; elles pourront être révisées en cas de changement des textes.

Incapacité temporaire de travail

Incapacité temporaire de travail :

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

Personnel concerné

Tout salarié, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise.

Objet de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, d'un salarié pris en charge ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas, au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou d'un montant de cotisations insuffisant), l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions définies ci-après.

Point de départ de l'indemnisation

Les indemnités journalières complémentaires sont servies à l'issue de la période d'indemnisation prévue au titre de la garantie « maintien de salaire » du régime conventionnel.

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

Le salarié, ayant moins de 6 mois d'ancienneté au 1^{er} jour de son arrêt de travail, bénéficie de la garantie « incapacité de travail » à l'issue d'une franchise de 30 jours d'arrêt de travail continu.

Toutefois, cette franchise n'est pas appliquée en cas de rechute constatée ou de rechute d'une maladie entrant dans la catégorie des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (articles L.322-3° et 4° et L.324-1 du Code de la Sécurité sociale) et ce, justifiée sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection et à condition que la rechute soit éligible aux garanties souscrites.

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

La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Montant de la prestation

Le montant mensuel de la prestation est égal à :

- 10 % du salaire de référence.

Cette prestation est servie en complément :

- des prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) ;
- des prestations complémentaires d'incapacité de travail versées par tout organisme assureur et notamment celles versées en application du régime conventionnel ;
- de l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En tout état de cause, le total perçu par le salarié (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, toute prestation complémentaire, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net à payer.

En outre, au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation lorsque celle-ci est versée directement au participant. La date initiale de l'arrêt de travail doit être postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Terme de l'indemnisation

Le versement de la prestation cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

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

Règlement des prestations

Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès du salarié.

Conditions de règlement des prestations

Les demandes d'indemnités journalières complémentaires doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur, sur production des justificatifs, et ce :

- dès réception des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale ;
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale si le salarié n'a pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison de son nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant, dès notification de son arrêt de travail signé par son médecin traitant et réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

En l'absence d'intervention de la Sécurité sociale, l'appréciation de l'état d'incapacité du salarié sera effectuée par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

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

- à l'employeur pour le compte du salarié tant que son contrat de travail est en vigueur ;
- au salarié, en cas de rupture de son contrat de travail.

Le versement des indemnités journalières complémentaires par l'organisme assureur est suspendu dès lors que la Sécurité sociale suspend le versement de ses propres prestations.

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

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation en cours. À défaut, il ne sera pas procédé à la liquidation des prestations ou l'indemnisation sera suspendue.

Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance.

Invalidité

Invalidité

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

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une quelconque profession ou une activité leur procurant gain ou profit,
- 3^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une quelconque profession et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Personnel concerné

Tout salarié, **ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue** dans l'entreprise (l'ancienneté s'apprécie au 1^{er} jour d'arrêt de travail).

Objet de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, d'ordre professionnel ou non, d'un salarié pris en charge ou non par la Sécurité sociale (dans ce cas, au profit des salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou d'un montant de cotisations insuffisant), l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions définies ci-après.

Montant des prestations

Le montant mensuel de la prestation complémentaire varie, en fonction du classement par la Sécurité sociale ou par le médecin-conseil de l'organisme assureur, comme suit :

Classement par la Sécurité sociale ou par le médecin-conseil de l'organisme assureur	Prestations AG2R Prévoyance
- 1 ^{re} catégorie	6 % du SR
- 2 ^e catégorie	10 % du SR
- 3 ^e catégorie	10 % du SR

SR = Salaire de référence.

Cette prestation est servie en complément :

- des prestations brutes de la Sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les assurés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) ;
- des prestations complémentaires d'invalidité versées par tout organisme assureur et notamment celles versées en application du régime conventionnel ;
- de l'éventuel salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel ou revenu de substitution.

En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie, le total des prestations perçues par le salarié (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et toutes prestations complémentaires) ne saurait excéder 100 % de son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut de référence défini ci-après).

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, le total des prestations perçues par le salarié (prestations brutes de la Sécurité sociale, reconstituées de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, toute prestation complémentaire ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net à payer (valeur en « net à payer » du salaire brut de référence défini ci-après).

Terme de l'indemnisation

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

- du jour où la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité du salarié ou à la date à laquelle le médecin-conseil de l'organisme assureur cesse de reconnaître l'état d'invalidité du salarié ;
- dès la reprise du travail à temps complet du salarié ;
- dès la reprise d'un travail à temps partiel du salarié, sauf si celle-ci est préconisée pour des raisons thérapeutiques ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité sociale du salarié ;
- au jour du décès du salarié.

Le service des rentes complémentaires, interrompu en application des dispositions prévues ci-dessus, est automatiquement repris dans les limites définies précédemment à compter du jour où il a été médicalement constaté par la Sécurité sociale, ou le médecin conseil de l'organisme assureur, que l'invalidité du salarié génère à nouveau un classement en 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie, en cas de rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

Règlement des prestations

Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès du salarié.

Conditions de règlement des prestations

Les demandes de prestations complémentaires doivent être effectuées auprès de l'organisme assureur, sur production des justificatifs, et ce :

- dès réception de la notification d'attribution de la pension d'invalidité Sécurité sociale du salarié ;
- à défaut d'intervention de la Sécurité sociale si le salarié n'a pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale en raison de son nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant, dès la notification de l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et la réception de l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale, et après reconnaissance de l'invalidité du salarié par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les rentes complémentaires sont versées au salarié par l'organisme assureur, mensuellement à terme échu, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la pension par la Sécurité sociale. En cas de décès, elles sont versées avec paiement prorata temporis au conjoint survivant ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal, et sans arrérage au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge.

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation en cours. À défaut, il ne sera pas procédé à la liquidation des prestations ou l'indemnisation sera suspendue. Sauf cas de force majeure, les accidents et maladies devront être déclarés dans les 6 mois à compter de leur survenance.

Justificatifs à fournir

L'employeur adresse au centre de gestion la demande de prestations, fournie par l'organisme assureur, accompagnée de tout ou partie des pièces suivantes :

- les décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières ou, à défaut, une attestation de versement émanant de l'organisme de Sécurité sociale ;
- une déclaration de l'employeur mentionnant le montant des rémunérations ayant donné lieu à cotisations au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date de l'arrêt de travail et, sur demande de l'organisme assureur, la copie des bulletins de salaire ;
- en cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection que celle ayant donné lieu à l'arrêt de travail initial ;
- la notification d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle établie par la Sécurité sociale lors de l'ouverture des droits.

Il peut être demandé toute autre pièce justificative lors de la demande de prestations ainsi qu'en cours de règlement dont, notamment :

- la copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation ;

- la preuve que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation a bien été remis par le salarié à l'employeur dans le délai prévu à l'article R.321-2 du Code de la Sécurité sociale, le cachet de la poste sur l'enveloppe d'envoi ou l'attestation écrite de l'employeur faisant foi ;
- en cas de prolongation, la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant ;
- un justificatif de la qualité de bénéficiaire de la prestation et de sa situation.

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation en cours. À défaut, il ne sera pas procédé à la liquidation des prestations ou l'indemnisation sera suspendue.

Dispositions générales

Début des garanties

- À la date d'effet de l'adhésion figurant sur le contrat d'adhésion de l'entreprise, si le salarié est présent à l'effectif ;
- à la date de son embauche si celle-ci est postérieure à la date d'adhésion du contrat.

Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-après en cas de rupture du contrat de travail et de résiliation du contrat d'adhésion, la garantie cesse au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise ;
- à la date à laquelle l'entreprise informe l'organisme assureur de son changement ;
- à la rupture du contrat de travail du salarié (correspondant au terme du préavis effectué ou non).

En cas de rupture du contrat de travail

Si le salarié cesse d'appartenir à l'effectif de l'entreprise (démission, licenciement, survenance du terme du contrat de travail, rupture conventionnelle...), il est radié des garanties dès la date d'effet de la démission ou du licenciement (à l'issue du préavis effectué ou non) ou du terme du contrat de travail (sous réserve du droit à la portabilité prévu ci-après).

Toutefois, s'il est en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité ou incapacité permanente professionnelle, et bénéficie à ce titre de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou pris en charge à titre complémentaire sur décision du médecin-conseil de l'organisme assureur), il reste garanti en cas de rupture du contrat de travail lorsque les prestations de la Sécurité sociale (ou les prestations versées à titre complémentaire sur décision du médecin conseil de l'organisme assureur) sont servies **sans interruption** depuis la date de rupture du contrat de travail.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion

Effet sur les garanties

Les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion.

Effet sur les prestations

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

Le droit à indemnisation au titre de l'invalidité est maintenu au salarié percevant des indemnités journalières de l'organisme assureur, le versement ou le droit à ces indemnités devant être né postérieurement à la date d'affiliation à la garantie du salarié et antérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation d'une entreprise consécutive au changement de convention collective, acceptée par l'organisme assureur.

Cessation des garanties

Les garanties cessent également lorsque l'employeur ne s'acquitte plus des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Donnant lieu à indemnisation par l'employeur

La garantie est maintenue, moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévus ci-après) au participant :

- si son contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien total ou partiel de rémunération ou de prestations en espèces de la Sécurité sociale (ou d'une prise en charge à titre complémentaire sur décision du médecin-conseil de l'organisme assureur) ;
- si son contrat de travail est suspendu dès lors qu'il bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Ce maintien de garantie est assuré :

- tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant la période d'assurance et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident, de l'invalidité ou de l'incapacité permanente professionnelle sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

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

Les arrêts de travail survenant durant cette période ne peuvent donc donner lieu à indemnisation.

La suspension de la garantie intervient à la date de suspension du contrat de travail.

La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

En cas de rupture ou fin de contrat de travail : la portabilité des droits

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Ce maintien de garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du maintien de garanties sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur, le maintien de garanties est applicable dès la cessation du contrat de travail du salarié et pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entier, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

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

Le maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité cesse :

- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, ou
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, ou
- en cas de décès de l'ancien salarié, ou
- en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

Le maintien de garanties au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Formalités de déclaration

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail du salarié, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité, complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'assurance chômage.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties :

- impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Salaire de référence

La période prise en compte pour le calcul du salaire de référence est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Pour la détermination du salaire de référence, sont exclues toutes les sommes liées à la rupture ou à la fin du contrat de travail (indemnités de licenciement, indemnités compensatrices de congés payés, primes de précarité et toutes autres sommes versées à titre exceptionnel).

Incapacité de travail

Les indemnités journalières complémentaires sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'ancien salarié ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation-chômage due à l'ancien salarié n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Paiement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives devront être adressées au centre de gestion. En outre, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

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

Exclusions / déchéance

Ne sont pas garanties les conséquences :

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

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

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

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

Salaire de référence

Le salaire de référence est égal au salaire brut moyen mensuel (tranches A et B) soumis à cotisations et perçu par le salarié au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail du salarié.

Il se décompose comme suit :

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

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut moyen (tranches A/1 et B/2) du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations, y compris les éventuels éléments variables de la rémunération.

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

Revalorisation

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité en cours de service sont revalorisées annuellement au 1^{er} juillet N, selon le même indice que celui défini au titre du régime prévoyance conventionnel de base souscrit par ailleurs par l'entreprise (*) pour la revalorisation de ces mêmes prestations, lorsque l'assuré justifie d'un arrêt de travail d'une durée égale ou supérieure à 180 jours continus à la date d'application de la revalorisation.

(*) à savoir : selon un taux défini annuellement pour l'année N par la Commission paritaire de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD), dans la limite de 85% du taux de rendement comptable le plus bas de l'actif général prévoyance des organismes assureurs visés aux conditions générales applicables audit régime de base (hors OCIRP) et du réassureur constaté au 31 décembre N-1 sous déduction du taux technique constaté à la même date et sous réserve que le résultat du régime mutualisé le permette.

La première revalorisation sera donc mise en œuvre au plus tôt à compter du 181^{ème} jour d'arrêt de travail continu.

Le taux de revalorisation est fixé par référence à l'évolution de l'indice défini ci-dessus constatée entre le début de l'arrêt de travail du salarié et la date à laquelle ce dernier peut prétendre contractuellement au versement des prestations.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

Au titre du recouvrement de l'impôt sur le revenu, un prélèvement (dit « prélèvement à la source ») peut être appliqué par l'Institution, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (indemnités journalières et rentes ou dénominations assimilées) lorsque celle-ci est versée directement au participant ou au bénéficiaire.

Exonération de paiement des cotisations

Si le salarié, en arrêt de travail, est bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rentes complémentaires (hors maintien de salaire) servies par l'organisme assureur au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité/incapacité permanente professionnelle, il est exonéré des cotisations prévoyance.

Cette exonération cesse :

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

Lorsque le salarié perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations restent dues sur la base du salaire réduit.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action du participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Institution à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit de la garantie contestée ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.

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.

Contrôle médical

Les déclarations de l'employeur, et le cas échéant des assurés, conditionnent les termes du contrat et l'engagement de l'organisme assureur qui peut soumettre ces déclarations à l'appréciation d'un médecin qu'elle désigne.

Lors de la demande de prestations, et à tout moment durant le versement des prestations, l'organisme assureur peut diligenter un contrôle médical afin de pouvoir constater la réalité et la gravité de l'état de l'assuré (le niveau d'incapacité ou d'invalidité) ainsi que la régularité du montant des prestations. L'appréciation de l'état du salarié à l'occasion de la procédure du contrôle médical peut aboutir à des conclusions différentes de celles de la sécurité sociale, notamment au regard de la catégorie d'invalidité retenue. Dans ce cas, la décision de Sécurité sociale ne lie pas l'organisme assureur.

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que le médecin désigné par l'organisme assureur juge utile de lui demander pour apprécier son état. Les frais du contrôle médical sont à la charge de l'organisme assureur dans les conditions communiquées par l'organisme assureur à l'assuré.

L'assuré est tenu de se soumettre à ce contrôle médical **sous peine de suspension des droits à prestations**, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

La décision de l'organisme assureur relative au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation, prise en fonction des conclusions de son médecin désigné, s'impose à l'assuré sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base ou d'avis de prolongation de l'arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à l'expertise. La décision est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

La contestation par l'assuré des conclusions du médecin désigné par l'organisme assureur doit être adressée par lettre recommandée à l'organisme assureur dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'organisme assureur. Dans cette hypothèse, il est procédé à une nouvelle expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'assuré et l'organisme assureur à partir de la liste de médecins experts proposés par l'organisme assureur. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Les conclusions de cette seconde expertise sont opposables et s'imposent à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que celui-ci puisse se prévaloir de la poursuite par la Sécurité sociale de l'indemnisation pour les prestations de base ou d'avis de prolongation ou de nouvel arrêt de travail postérieurs au contrôle ou à

l'expertise. L'organisme assureur et l'assuré supportent par moitié les frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin.

Tant que cette seconde expertise n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Enfin, dans toutes les phases de la procédure visée, le salarié a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. Dans ce cas, les honoraires de ce dernier sont à la charge du salarié.

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

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

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

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

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

- il devra être fourni un certificat médical ainsi que l'attestation de non prise en charge de la Sécurité sociale qui en précise la raison ;
- dans l'hypothèse où l'arrêt se poursuivrait, l'éventuel classement en invalidité du salarié ainsi que le niveau de celle-ci seront déterminés par le médecin conseil de l'organisme assureur, en accord avec le médecin traitant du salarié, et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale. Les décisions de l'organisme assureur seront notifiées au salarié et lui seront imposées 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 du salarié ;
- dans tous les cas, le salarié ne pourra pas se soustraire au contrôle que jugera nécessaire le médecin conseil de l'organisme assureur, et devra répondre positivement à toute convocation de ce dernier. En cas d'impossibilité dûment justifiée de se déplacer, le salarié devra accepter de recevoir, dans les 30 jours, le médecin précité à son domicile, selon un rendez-vous pris en commun ;
- sauf cas de force majeure, si le salarié refuse de se soumettre à un contrôle, son droit à prestation sera suspendu tant que le dit contrôle ne pourra avoir lieu.

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

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

Renseignements – réclamations – médiation

Demande de renseignements

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

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

Réclamation et médiation

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

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

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

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

- Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :
 - 09 72 67 22 22 pour les entreprises ;
 - 09 69 32 20 00 pour les particuliers.

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale

10, Rue Cambacérés

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.

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'adhérent déclare et garantit à l'Institution 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'Institution accessibles sur le site du Groupe 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 d'adhésion ;
- 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 quelle qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'Institution pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

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

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Institution, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie 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.

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

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

Échanges dématérialisés

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

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

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

Lorsque l'Institution souhaite mettre en œuvre le mode de communication indiqué ci-dessus, il vérifie au préalable que celui-ci est adapté à la situation de l'employeur ou du participant.

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et 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 portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

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

Profilage et décision automatisée

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

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

Les données présentées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, leur absence ne permettra pas à l'Institution de les mettre en œuvre. Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance de l'entreprise et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec le bénéficiaire et ses ayants droit, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées. La liste de ces destinataires est à disposition à l'adresse suivante : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données personnelles :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise : 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

Nous vous proposons un service de relation client mobile « Service Client », avec des réponses aux questions les plus fréquentes (FAQ), les numéros de téléphone des différents services et des indications sur la disponibilité des centres de relation client.

Pour cela, téléchargez notre application iPhone ou Android : www.ag2rlamondiale.fr/home/tous-nos-services/decouvrez-notre-application-mo-1.html

La Foire aux Questions (FAQ)

La foire aux questions propose des réponses qualifiées aux demandes les plus fréquentes que vous pouvez formuler sur un thème donné. Vous pouvez ainsi trouver directement sur votre téléphone mobile la réponse que vous cherchiez sans devoir contacter votre service client.

Les numéros de service client

Les numéros de téléphone de l'ensemble des services de relation client sont préprogrammés et disponibles dans l'application. Vous n'avez plus à chercher ces numéros dans vos dossiers.

La disponibilité du service client

L'application mentionne pour chaque numéro de téléphone les plages horaires d'ouverture des services. Elle mentionne également à titre indicatif les meilleures périodes d'appels pour vous éviter d'attendre en ligne trop longtemps.

Enfin, un questionnaire vous est proposé suite à votre appel afin de nous faire part de votre perception du temps d'attente et de la qualité de traitement de votre demande.

Faites-vous rappeler !

Ne perdez plus de temps, soyez rappelé au numéro de votre choix dès qu'un conseiller est disponible.

Pour accéder à votre espace client ou pour créer votre compte : inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/

Pour toute information, n'hésitez pas,
contactez votre employeur

AG2R LA MONDIALE
Tél. 0 969 32 2000 (appel non surtaxé)

Notre offre de solutions pour les particuliers et professionnels

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.
www.ag2rlamondiale.fr

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE
et du GIE AG2R – 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS – Siren 333 232 270.



CG2021 (Décembre 2024) - Pôle Contrats Chartres