



AG2R LA MONDIALE



Convention collective nationale
des Commerces de gros du 23 juin 1970

Régime de prévoyance optionnel
surcomplémentaire

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} juillet 2024

Personnel Non cadre

Sommaire

Présentation.....	3
Garanties du régime de prévoyance	4
Définitions	4
Garanties décès	5
Bénéficiaires des prestations en cas de décès	6
Garantie incapacité temporaire de travail.....	7
Garantie invalidité/incapacité permanente professionnelle.....	8
Dispositions générales	10
Prise en charge des sinistres en cours	10
Prise d'effet des garanties	11
Maintien des garanties	12
Salaire de référence servant de base au calcul des prestations.....	15
Principe indemnitaire	16
Revalorisations	16
Exclusions.....	18
Déchéance	19
Prélèvements à la source de l'impôt sur le revenu	19
Litiges médicaux.....	19
Renseignements - Réclamation - Médiation	20
Organisme de contrôle	20
Protection des données à caractère personnel.....	21
Lutte contre la corruption, le trafic d'influence, le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Mesures restrictives et sanctions internationales.....	23
Prescription.....	24
Fausse déclaration	24
Subrogation	25
Territorialité.....	25
Annexe 1 – Pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations	27
Annexe 2 – Maintien facultatif des garanties décès en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée.....	30
Annexe 3 – Coordonnées des organismes assureurs	32
Annexe 4 – Dispositions relatives aux échanges dématérialisés	33
Important : attestation de réception de la notice d'information	35
À détacher, à signer et à remettre à l'employeur	35

Présentation

Par Accord du 23 octobre 2023, les partenaires sociaux de la **Convention collective nationale des Commerces de gros** (IDCC 573 - JO 3044) ont institué un nouveau régime collectif de prévoyance dit « **conventionnel obligatoire** », permettant aux salariés dits « **non-cadres** » des entreprises de la branche professionnelle de bénéficier de garanties en cas de décès ou invalidité absolue et définitive, en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

L'Accord prévoit également la possibilité pour les entreprises adhérentes audit régime de compléter la couverture de leurs salariés non cadres en souscrivant auprès du même organisme assureur un régime dit « **optionnel surcomplémentaire** » à adhésion obligatoire afin de renforcer les garanties en cas d'arrêt de travail et de décès.

Le régime collectif de prévoyance « **optionnel surcomplémentaire** » institué par cet Accord est composé de **deux options**, détaillées ci-après, au choix de l'entreprise. Il prend effet au 1^{er} juillet 2024.

La présente **notice d'information** est réalisée pour aider le salarié, dûment affilié au contrat collectif de prévoyance, à mieux comprendre le fonctionnement des garanties optionnelles souscrites.

Les garanties **capital décès ou invalidité absolue et définitive, frais d'obsèques, incapacité temporaire de travail et invalidité ou incapacité permanente et professionnelle** figurant dans la présente notice sont assurées par :

- soit **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale – Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – 14 -16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris – Siren 333 232 270,
- soit **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° Siren 775 691 181.

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

Garanties du régime de prévoyance

Définitions

Assurés

Les salariés dits « non-cadres », de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros (IDCC 573 - JO 3044), tels que visés aux conditions particulières du contrat ou au contrat d'adhésion.

Les salariés susvisés (ou anciens salariés bénéficiaires le cas échéant de la portabilité des garanties) sont tous affiliés à un régime de Sécurité sociale français et dûment affiliés au contrat.

Conjoint

On entend par conjoint, l'époux (ou l'épouse) de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou à l'amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) et non divorcé(e) par un jugement définitif.

Concubin

On entend par concubin, la personne (quel que soit son sexe) vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un PACS ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par le salarié, est né de cette union.

Partenaire de PACS

On entend par partenaire lié par un PACS, la personne (quel que soit son sexe) ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, sous réserve qu'il ne soit pas rompu de fait à la date du sinistre.

Enfants à charge

Sont considérés comme à charge, les enfants de l'assuré, dont la filiation avec celui-ci, 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 conditions, soit :
 - 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) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi inscrits auprès de l'Organisme d'état en charge de l'emploi en France comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Garanties décès

Objet des garanties

Verser des prestations au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Garantie capital décès

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant (qui varie selon la formule souscrite par l'entreprise et exprimé en pourcentage du salaire brut de référence), quelle que soit la situation familiale de l'assuré au moment de son décès, est égal à :

- **Au titre de l'option 1 : 40 % du salaire brut de référence.**
- **Au titre de l'option 2 : 100 % du salaire brut de référence.**

Ce capital est complémentaire au capital versé au titre du régime prévoyance de base de la Convention collective nationale des Commerces de gros.

Garantie invalidité absolue et définitive

Est considéré en état d'invalidité absolue et définitive, l'assuré reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3ème catégorie au sens de l'article L 341.4 du Code de la Sécurité sociale : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque et devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». L'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 % reconnue par la Sécurité sociale avec attribution d'une majoration pour l'assistance d'une tierce personne, est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour la mise en œuvre de la présente garantie.

Lorsque l'assuré est en état d'invalidité absolue et définitive, **le capital prévu ci-dessus en cas de décès selon la formule souscrite par l'entreprise** peut être versé à l'assuré **par anticipation**, sur sa demande.

Ce capital est complémentaire au capital versé au titre du régime prévoyance de base de la Convention collective nationale des Commerces de gros.

Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré.

Le versement intervient sous réserve que l'assuré en fasse la demande dans le délai de 2 ans suivant la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive.

Garantie double effet : en cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou du partenaire de PACS ou du concubin de l'assuré

Est considéré comme :

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

Le décès du conjoint ou du partenaire de PACS ou du concubin de l'assuré, survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'**un capital égal au capital garanti sur la tête de l'assuré à son décès selon la formule souscrite par l'entreprise.**

Ce capital est versé par parts égales aux enfants à charge du conjoint, du partenaire de PACS, ou du concubin qui étaient initialement à charge de l'assuré au jour de son décès, directement à ceux-ci s'ils sont majeurs, à leurs représentants légaux ès qualité durant leur minorité.

Ce capital est complémentaire au capital versé au titre du régime prévoyance de base de la Convention collective nationale des Commerces de gros.

Bénéficiaires des prestations en cas de décès

Bénéficiaires du capital en cas de décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital, sont la (ou les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'assuré auprès de l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion.

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

La désignation particulière peut être établie :

- sur support papier au moyen du formulaire de « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis à l'assuré par l'entreprise ;
- par acte authentique ou par acte sous seing privé notifié à l'organisme assureur ;
- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaires Prévoyance » accessible sur le site internet si cette possibilité est ouverte pour le contrat au titre duquel le salarié est assuré (pour AG2R Prévoyance il s'agit du site : https://inscription.ag2rmondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE).

À tout moment, et notamment en cas de modification de la situation personnelle de l'assuré, ce dernier peut effectuer une désignation différente. Cette désignation doit être notifiée à l'organisme assureur ayant recueilli son adhésion. 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). Dans ce cas, l'assuré ne pourra la modifier sauf accord du bénéficiaire ou en cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

En cas de désignation particulière, si à la date du décès de l'assuré :

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

alors la désignation particulière devient caduque.

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

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé comme suit :

- au conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps (séparation judiciaire ou à l'amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) et non divorcé par un jugement définitif, ou à défaut au partenaire de PACS ou au concubin notoire ayant toujours cette qualité au jour du décès (l'organisme assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent) ;
- à défaut de ceux-ci, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - aux enfants de l'assuré, vivants ou représentés, dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, a été légalement établie (y compris les enfants reconnus),
 - à défaut, à ses petits-enfants,
 - à défaut de descendants directs, aux parents survivants et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers à proportion de leurs parts héréditaires.

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.

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.

Bénéficiaires de la garantie double effet

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

Garantie incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'ordre professionnel ou non, pris en charge ou non par la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale), l'organisme assureur verse des indemnités journalières dans les conditions qui suivent.

Lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, l'assuré bénéficie du versement d'**une indemnité journalière** dont le montant représente, selon l'option souscrite par l'entreprise :

- **Au titre de l'option 1 : 10 % de la 365^e partie du salaire brut de référence (*)**.
- **Au titre de l'option 2 : 20 % de la 365^e partie du salaire brut de référence (*)**.

(*) en complément de la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) et de la prestation complémentaire servie au titre du régime de prévoyance de base.

Les arrêts de travail en mi-temps thérapeutique sont pris en charge sous réserve que pendant cette période le salarié perçoive une rémunération de son activité à temps partiel versée par son employeur et les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire servie au titre du régime prévoyance de base et du présent régime, pension de retraite ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité. Les prestations sont servies **à l'issue de l'indemnisation de l'employeur résultant des obligations de maintien de salaire** telles que définies dans la Convention collective nationale des Commerce de gros (art. 53 des dispositions générales et art. 6 des avenants catégoriels applicables aux techniciens et agents de maîtrise selon le personnel assuré).

Concernant les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire, les indemnités journalières seront versées **à l'issue d'une franchise fixe et continue de 60 jours**.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail sauf en cas de reprise du travail pour motif thérapeutique ;
- à la date de cessation des prestations de la Sécurité sociale ou au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail y compris pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces de cet organisme sauf prolongation en cas de reprise à temps partiel thérapeutique, dans la limite d'un an ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour les salariés en situation de cumul emploi-retraite remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- au décès de l'assuré.

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale ou selon les modalités fixées ci-après (exclusivement dans ce dernier cas s'agissant de l'assuré n'ayant pas effectué

un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) :

- à l'entreprise pour le compte de l'assuré tant que son contrat de travail est en vigueur ;
- directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

L'entreprise ou l'assuré est dispensé de la fourniture des décomptes dès lors qu'ils sont télétransmis directement par la Sécurité sociale à l'organisme assureur.

En cours de versement des prestations, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme assureur les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières que la Sécurité sociale aura mis en œuvre dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié, réalisé soit directement par la Sécurité sociale soit dans l'exercice du droit de contre visite de l'employeur.

Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.

Garantie invalidité/incapacité permanente professionnelle

Dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité telle que définie à l'article L 341.4 du Code de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33 % en application de l'article L.434-2 du code de la Sécurité sociale de l'assuré, l'organisme assureur verse **une rente** complétant le cas échéant celle de la Sécurité sociale et celle servie à titre complémentaire dans le cadre du régime de prévoyance de base, afin de compenser la perte de salaire.

La garantie est ouverte également au personnel n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale (exclusivement dans ce dernier cas au profit de l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale).

Le montant annuel de la prestation complémentaire servie représente :

Catégorie d'invalidité ou taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) reconnue par la Sécurité sociale	Montant annuel en pourcentage du salaire brut de référence
1 ^{ère} catégorie d'invalidité	Au titre de l'option 1 : 3 % du salaire brut de référence Au titre de l'option 2 : 9 % du salaire brut de référence
2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie d'invalidité ou taux d'IPP égal ou supérieur à 66 %	Au titre de l'option 1 : 5 % du salaire brut de référence Au titre de l'option 2 : 15 % du salaire brut de référence
Taux d'IPP compris entre 33 % et 65 % inclus	Au titre de l'option 1 ou de l'option 2 : R x 3 N/2 (« R » étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2 ^e catégorie et « N » le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale)

Le montant de la prestation mentionné dans les tableaux ci-dessus s'entend en complément de la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) et de la prestation complémentaire servie au titre du régime de prévoyance de base.

En tout état de cause, le total perçu par l'assuré (prestation brute de la Sécurité sociale, reconstituée de manière théorique le cas échéant, éventuel salaire à temps partiel, prestation complémentaire servie au titre du régime de prévoyance de base et du présent régime, ainsi que toute autre ressource) ne saurait excéder son salaire net d'activité.

Le complément de prestation accordé par la Sécurité sociale, au titre de l'assistance d'une tierce personne, n'entre pas dans le calcul de la prestation d'une part, et du total défini ci-dessus, d'autre part.

Pour ouvrir droit à garantie, l'arrêt de travail initial de l'assuré doit intervenir postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au régime prévu dans la présente notice d'information.

Le versement des prestations complémentaires cesse dès la survenance du premier des événements suivants :

- à la date de reprise du travail ;
- la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir par la Sécurité sociale une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes d'incapacité permanente ou le jour où l'assuré ne justifie plus d'un état d'invalidité ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré ;
- au décès de l'assuré.

La rente d'invalidité est versée à l'assuré par mois civil à terme échu et, en cas de décès, avec paiement prorata temporis au conjoint survivant de l'assuré ou, à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal ; sans arrérage au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge, et ce après déduction des prélèvements sociaux et fiscaux (C.S.G, C.R.D.S., Impôt à la source) éventuellement applicables, dont l'organisme assureur a la charge du précompte et selon les taux en vigueur lors du versement.

Détermination de l'incapacité et de l'invalidité du personnel n'ayant pas d'ouverture de droits au titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale

A défaut d'un décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre de l'Incapacité temporaire de travail et de l'Invalidité est subordonnée à la production d'un certificat médical et de l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale.

L'éventuel classement en invalidité ainsi que l'appréciation du niveau de celle-ci, est effectué par le médecin conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

Les décisions de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion sont notifiées à l'assuré et s'imposent à lui s'il ne les conteste pas en apportant des éléments contradictoires.

En cas de désaccord, une procédure de conciliation sera engagée sur décision du médecin traitant de l'assuré.

L'assuré ne peut se soustraire au contrôle du médecin conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion ; son droit à prestation sera suspendu tant que le contrôle ne pourra avoir lieu (sauf cas fortuit et de force majeure).

La durée de service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité complémentaires ainsi que leur cessation sont déterminées par le médecin conseil de l'organisme assureur par référence aux dispositions prévues au contrat

Dispositions générales

Prise en charge des sinistres en cours

Engagement des organismes assureurs

Lors de la souscription du contrat, le souscripteur doit obligatoirement produire la liste des salariés, anciens salariés en arrêt de travail (y compris ceux en temps partiel thérapeutique) à la date d'effet dudit contrat.

Sous réserve de la production de cette liste déclarative, l'organisme assureur prendra en charge les risques en cours selon les modalités définies ci-dessous (et ce, sous réserve des indemnisations déjà prises en charge au titre du régime prévoyance de base).

En présence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement auprès d'un autre organisme assureur

Les organismes assureurs garantissent, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, à compter de sa date d'effet, aux salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dont les droits à prestations sont nés antérieurement :

- les revalorisations futures des prestations périodiques (indemnités journalières ou rentes d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle) en cours de service et à servir, au jour de la date d'effet de la présente notice d'information,
- le montant de la prestation de chaque garantie décès de la présente notice d'information, sous déduction du montant pris en charge au titre du précédent contrat pour cette même garantie,
- l'éventuel différentiel entre les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité ou incapacité permanente professionnelle de la présente notice d'information et celles du précédent contrat pour ces salariés qui perçoivent des indemnités journalières,
- l'indemnisation au titre de la garantie invalidité ou incapacité permanente professionnelle de la présente notice d'information, en cas de passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle antérieurement à la prise d'effet du contrat, s'ils perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale et le cas échéant s'ils étaient indemnisés en incapacité temporaire de travail par le précédent organisme assureur, sauf si le droit à une prestation d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle (notamment des suites de l'état pathologique en incapacité : notion de fait générateur) est né pendant une période garantie par le contrat de l'organisme assureur précédent.

Les organismes assureurs prennent en charge, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, à compter de sa date d'effet, pour les anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité des garanties et dont les droits à prestations sont nés antérieurement à la date d'effet du contrat, les revalorisations futures des prestations périodiques en cours de service au jour de la date d'effet du contrat.

En l'absence d'un contrat de prévoyance souscrit antérieurement auprès d'un autre organisme assureur

Pour les entreprises n'ayant pas souscrit de contrat de prévoyance collectif antérieur, les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du contrat et dont le contrat de travail est toujours en cours à cette date, bénéficient des garanties prévues à la présente notice d'information dès sa date d'effet, y compris en cas de changement d'état pathologique survenant postérieurement.

Le changement d'état pathologique s'entend :

- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail à l'invalidité ou incapacité permanente professionnelle,
- du passage de l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle au décès,
- de l'aggravation de l'état d'invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

Financement de la prise en charge des sinistres en cours

Pour les entreprises souscrivant au présent régime, la prise en charge des risques en cours exposée ci-avant s'effectue moyennant paiement par l'entreprise d'une prime ou d'une sur-cotisation établie par l'organisme assureur au regard de la sinistralité de l'entreprise à la date d'effet du contrat.

L'organisme assureur retenu calculera en effet la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes à la sauvegarde de l'équilibre technique du contrat d'assurance.

Une prime unique pourra être réclamée par l'organisme assureur aux entreprises se trouvant dans les situations visées ci-dessus et ce, au regard de leur sinistralité propre. Le cas échéant, la prime unique peut être remplacée par une sur-cotisation.

Ce financement sera formalisé aux conditions particulières ou dans un avenant ou en annexe au contrat selon les modalités définies par l'organisme assureur.

Prise d'effet des garanties

Modalités et prise d'effet de l'affiliation – prise d'effet des garanties

L'affiliation des salariés prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés sous contrat de travail à cette date ;
- soit à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise, lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat ;

sous réserve d'avoir été déclaré à l'organisme assureur 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 assureur de la déclaration de l'entreprise.

En tout état de cause, l'affiliation au présent contrat ne peut prendre effet qu'au plus tôt à la même date d'effet que celle de l'affiliation au régime prévoyance de base de la Convention collective nationale des Commerces de gros.

Terme des garanties

Sauf en cas d'application des maintiens des garanties prévus 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 à laquelle l'assuré cesse d'appartenir à la catégorie assurée ;**
- **à la date d'effet de la cessation du contrat de travail de l'assuré ;**
- **au décès de l'assuré ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat, consécutive notamment au changement du secteur d'activité de l'entreprise ;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du régime prévoyance de base de la convention collective nationale des commerces de gros.**

Suspension des garanties

Les garanties 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 ci-après.

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 assureur en soit

informé dans le mois suivant la reprise de travail. Au-delà de ce délai, les garanties ne prennent effet qu'au 1er jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur de la déclaration de l'employeur.

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

Maintien des garanties

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations (sauf en cas d'exonération du paiement des cotisations telle que prévue ci-après), à l'assuré :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur,
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, invalidité/incapacité permanente professionnelle, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale,
- dont le 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 ...).

L'assiette des prestations à retenir dans ce cas est le salaire de référence servant de base au calcul des prestations (voir ci-après), laquelle intègre le montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Le maintien des garanties est assuré :

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

Maintien des garanties Décès en application de la Loi Evin

En application des dispositions de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin », les garanties Décès sont maintenues moyennant paiement des cotisations (sauf cas d'exonération prévus ci-après) au salarié en arrêt de travail qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité Sociale (et/ou le cas échéant de prestations complémentaires) pour incapacité ou invalidité – incapacité permanente.

Le maintien de ces garanties s'effectue sur la base de calcul des prestations, revalorisée conformément au contrat.

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

Suspension du contrat de travail non indemnisée

En dehors des cas visés ci-avant, les salariés dont le contrat de travail est suspendu, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif du maintien des garanties Décès du présent régime dans les conditions définies en Annexe II, et ce moyennant paiement de la cotisation globale à leur charge exclusive (part salariale et patronale).

Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

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 l'événement ouvrant droit à prestations, durant la période pendant laquelle ils bénéficient de prestations incapacité temporaire, invalidité ou incapacité permanente professionnelle.

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 de travail, 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 alors due sur la base du salaire versé par l'employeur.

Maintien des garanties 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 incapacité temporaire ou invalidité - incapacité permanente 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.

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 ci-après (voir « Revalorisations »).

Les organismes assureurs garantiront les prestations en cas de passage en invalidité ou incapacité permanente professionnelle dans les conditions prévues au contrat, des assurés indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail à la date de résiliation du contrat (ainsi que les aggravations, post résiliation du contrat, de l'état de santé des assurés indemnisés à cette date en invalidité (passage de 1^e catégorie à la 2^e ou 3^e catégorie par exemple).

Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits

Le présent article a pour objet d'organiser le maintien des garanties prévoyance du contrat en application du dispositif de portabilité visé par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de prévoyance à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

Bénéficiaires de la portabilité :

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat.

Ils bénéficient du maintien de garanties lorsque :

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime prévoyance souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- 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.

Durée – limites :

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise selon les formalités définies par le contrat d'adhésion, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque l'assuré ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès de l'assuré ainsi qu'en cas de résiliation du contrat et en tout état de cause lors de la cessation de la durée du maintien à laquelle l'ancien salarié a droit.

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

Formalités de déclaration :

L'entreprise et/ou l'assuré doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent article dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- 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 d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant 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. Le salarié peut effectuer sa demande de maintien de garanties via le formulaire mis à sa disposition sur son Espace Client si l'organisme assureur offre cette possibilité. Dans ce cas, les justificatifs de prolongation seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

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

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

Garanties :

Les assurés bénéficient des garanties applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

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

Salaire de référence :

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini dans la présente notice d'information, étant précisé que la période prise en compte 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 temporaire de travail :

S'agissant de la garantie incapacité temporaire de travail expressément prévue au contrat, les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du régime de prévoyance. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle l'assuré ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due à l'assuré n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Paiement des prestations :

L'ancien salarié adresse à l'organisme assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies ci-après. Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Les prestations seront versées directement à l'assuré, ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Financement :

Le financement de la portabilité est mutualisé ; il fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Salaire de référence servant de base au calcul des prestations

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies par l'organisme assureur.

Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises à cotisations de Sécurité sociale (au sens de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale), hors avantages en nature, perçues par l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations, pris en compte dans la limite des tranches suivantes :

- 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 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

La période prise en compte est celle précédant :

- la date du décès ou l'arrêt de travail initial lorsqu'une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (s'agissant du capital servi au titre de la garantie décès) ;
- l'arrêt de travail initial (s'agissant des prestations servies au titre des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité/Incapacité permanente professionnelle).

Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant l'événement n'est pas complète (arrêt, embauche en cours d'année...), la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations Décès est revalorisé le cas échéant selon les modalités définies ci-après (voir « Revalorisations »).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties dans les conditions définies ci-avant, la base de calcul des prestations intègre le montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Principe indemnitaire

Le total des prestations complémentaires versées à l'assuré ne devra pas, en s'ajoutant à tout revenu [prestations Sécurité sociale (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne) , salaire versé par l'employeur pour une activité à temps complet ou à temps partiel] et tout autre revenu du travail ainsi qu'aux prestations versées au titre du régime prévoyance de base 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 disposer de ressources supérieures à son salaire net d'activité qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

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 de travail, les prestations sont réglées par l'organisme assureur à l'entreprise 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 à l'entreprise de veiller à ce que le principe indemnitaire énoncé ci-dessus soit respecté et, le cas échéant, d'informer l'organisme assureur en cas de dépassement du niveau maximum de prestation.

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale peuvent être réduites ou suspendues du fait du paiement d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle ou dans le cadre de sa politique de contrôle des arrêts de travail et de lutte contre les déclarations tardives. Dans ce cas, les indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur ne compenseront pas cette minoration.

Revalorisations

Revalorisation des prestations périodiques en cours de service et revalorisation de la base de calcul des garanties Décès.

En cours de vie du contrat, les prestations incapacité temporaire de travail, invalidité ou incapacité permanente professionnelle sont revalorisées annuellement pour l'année N selon le même indice que celui défini au titre du régime prévoyance de base (*) pour la revalorisation de ces mêmes prestations.

(*) A savoir selon l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, dans la limite des résultats techniques et financiers des organismes assureurs visés à l'article « présentation » de la présente notice d'information constatés pour l'année N-1 au titre du régime prévoyance de base et à condition du constat d'un solde global positif dudit régime de prévoyance (volet arrêt de travail) sur ce même exercice permettant de financer les revalorisations déterminées. Dans tous les cas, le taux de revalorisation déterminé est conditionné à la présence d'un niveau minimum des réserves (Provision d'égalisation et Réserve générale) égal à 30 % des cotisations brutes afin de garantir l'équilibre du régime prévoyance de base.

En cours de vie du contrat, la base de calcul des garanties Décès est revalorisée selon l'évolution de l'indice mentionné ci-dessus selon les garanties concernées entre la date d'arrêt de travail et la date de l'évènement ouvrant droit à garantie lorsqu'une période d'arrêt a précédé.

En cas de résiliation du contrat, les prestations sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation. L'entreprise prendra toutes dispositions nécessaires pour assurer la poursuite de ces revalorisations auprès du nouvel organisme assureur de sa couverture prévoyance. Toutefois, dans le cas où l'entreprise déclare à l'organisme assureur, en le justifiant par tout moyen, qu'aucun autre contrat de prévoyance n'est souscrit suite à la prise d'effet

de la résiliation, les prestations servies demeurent revalorisées par l'organisme assureur dans les conditions définies au contrat (ainsi que la base de calcul des garanties Décès).

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

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des Assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale par renvoi de l'article L. 932-23 du Code de la Sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des présentes dispositions, la date de connaissance du décès par l'organisme assureur correspond à la réception par celui-ci de l'acte de décès.

Exclusions

Sont exclus des garanties, les sinistres résultants des faits suivants :	Décès (1)	Décès (1) (majorations accidentnelles) (2)	Incapacité temporaire de travail Invalidité / IPP
- de faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors suicide) ;	✓	✓	✓
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non) ;	✓	✓	✓
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;	✓	✓	✓
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité ;	✓	✓	✓
- d'un déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'assureur sur la base des déclarations de l'entreprise dans les conditions exposées ci-après (voir « Territorialité ») ;	✓	✓	✓
- pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone dans les conditions exposées ci-après (voir « Territorialité ») ;	✓	✓	✓
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire ;	✓	✓	✓
- des conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si l'assuré est en état de légitime défense ;		✓	✓
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices ;		✓	✓
- d'un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'Accident, l'assuré avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R. 234-1 du Code de la route, si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident ;		✓	✓
- d'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'évènement ;		✓	✓
- de la navigation aérienne de l'assuré : <ul style="list-style-type: none"> • à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être l'assuré lui-même, • avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M) de la pratique du saut à l'élastique, de saut en parachute ou tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement, et avec l'utilisation de matériel homologué ; 		✓	✓

• au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé ;			
- de la participation dans un cadre officiel ou privé, à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstration, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ;		✓	✓
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;		✓	✓
- de la pratique de sports à titre professionnel ;		✓	✓
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de Sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité.		✓	✓

(1) Les garanties Décès visées sont celles détaillées ci-avant dans la présente notice d'information.

(2) Uniquement au titre des majorations de prestations (capital/rente) prévues en cas de sinistre d'origine accidentelle (lorsque les garanties souscrites prévoient ces majorations).

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 ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

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

Il peut s'exposer également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Prélèvements 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'organisme assureur, en qualité d'organisme collecteur, sur le montant de la prestation (indemnités journalières et rentes ou dénominations assimilées) défini au contrat lorsque cette prestation est versée directement à l'assuré ou au bénéficiaire.

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 mandaté par l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du tribunal compétent statuant par ordonnance de référé, dans le ressort du siège social de l'organisme assureur. Les conclusions de cette expertise seront opposables à l'organisme assureur et à l'assuré, sans que ce dernier ne puisse se prévaloir de la poursuite éventuelle d'une indemnisation par la Sécurité sociale.

Les honoraires du médecin 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 médecin arbitre confirmerait la décision prise à l'encontre de la situation de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seront à la charge de l'assuré.

Renseignements - Réclamation - Médiation

Demande de renseignements

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur dont dépend l'assuré aux coordonnées mentionnées en Annexe III.

Réclamation et médiation

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

Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser à l'organisme assureur aux coordonnées mentionnées en Annexe III.

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

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

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'organisme assureur, ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, 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'organisme assureur.

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

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

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 CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

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'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi l'organisme assureur utilise :

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

Base légale

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

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

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, 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'organisme assureur peut être amené 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 de son organisme assureur, aux coordonnées mentionnées en Annexe III.

Sécurité des données

En tout état de cause, l'organisme assureur met en œuvre les moyens nécessaires pour garantir la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience constante des systèmes et des services de traitement. A ce titre, les données personnelles relatives à la santé du bénéficiaire sont traitées dans des conditions qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et de ses ayants droit.

L'assureur notifie à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et informe les bénéficiaires dans les meilleurs délais si la violation représente un risque pour les droits et libertés du bénéficiaire.

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'organisme assureur de les mettre en œuvre.

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

L'assureur s'engage à ce que les données personnelles du bénéficiaire ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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 de l'organisme assureur 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.

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

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Dans un tel cas, l'organisme assureur 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 de l'organisme assureur, aux coordonnées mentionnées en Annexe III.

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à l'organisme assureur, à l'attention du Délégué à la protection des données, aux coordonnées mentionnées en Annexe III.

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'organisme assureur 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'organisme assureur 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>

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

L'entreprise 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 accessible le cas échéant sur le site internet de l'organisme assureur ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption 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'entreprise 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, l'entreprise 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 de l'entreprise et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'entreprise ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux assurés pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

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

Mesures restrictives et sanctions internationales

L'organisme assureur ne sera tenu d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du régime 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.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice d'information 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'organisme assureur en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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 l'entreprise, l'assuré, le bénéficiaire 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.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas l'assuré et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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'organisme assureur à l'entreprise ou à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur, 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'organisme assureur 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.

Fausse déclaration

La garantie accordée à l'assuré par les organismes assureurs est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les organismes assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises aux organismes assureurs qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation

En application de l'article L 931-11 du code de la Sécurité sociale, en cas de paiement des prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses que l'organisme assureur a supportées, conformément aux dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 et à la jurisprudence en vigueur relative au recours contre tiers en assurances de personnes.

Par ailleurs, les prestations que l'organisme assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux de l'assuré, constituent une avance sur recours. En conséquence, l'assuré, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'organisme assureur dans leurs droits ou actions contre l'assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Territorialité

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou lors de déplacements personnels et professionnels à l'étranger de moins de trois mois, ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et 2 du code de la Sécurité sociale, et affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale.

Ainsi le présent régime de prévoyance ne permet pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérieuse par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères français, excepté en cas de déclaration préalable par l'entreprise dans les 30 jours avant le départ auprès de l'assureur sous réserve de l'acceptation de celui-ci et d'une éventuelle révision tarifaire.

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérieuse », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

Le souscripteur doit déclarer à l'assureur au moins dans les trente jours qui précèdent l'évènement :

- le déplacement terrestre, maritime ou aérien d'un groupe de plus de cinquante assurés,
- le lieu de regroupement de plus de deux cent assurés organisé en dehors des locaux habituels de travail du souscripteur.

Dans ce cas, à défaut de déclaration préalable l'assureur se réserve le droit de réduire les prestations ou d'appliquer les sanctions prévues en cas de fausse déclaration. En tout état de cause, l'engagement de l'assureur sera limité à cent millions d'euros par évènement.

Le souscripteur doit déclarer à l'assureur :

- à la souscription du contrat : les sites de plus de huit cent assurés.
- en cours de contrat : toute évolution du nombre d'assurés sur un site entraînant l'atteinte du seuil huit cent assurés.

L'absence de déclaration d'une aggravation du risque, en toute bonne foi, entraînera la réduction des garanties proportionnellement aux primes qui auraient dû être payées s'il avait eu connaissance des circonstances nouvelles.

En tout état de cause, les prestations seront limitées :

- à un montant de cent soixante-dix millions d'euros par évènement et
- à une durée de couverture de :
 - 72 heures consécutives en cas de catastrophes naturelles. Le souscripteur a le libre choix du point de départ.
 - 168 heures pour tout autre évènement.

Il est précisé que par :

- « engagement », il est entendu le cumul des prestations accordées par l'organisme assureur y compris, le cas échéant, les capitaux constitutifs de rente,
- « évènement », il est entendu un accident ou une catastrophe naturelle (séismes, tempêtes, grêle, tornades, crues et inondations) entraînant le décès ou l'invalidité d'au moins 3 assurés.

Annexe 1 – Pièces justificatives à fournir pour toute demande de prestations

Les prestations sont réglées dans un délai de 30 jours au plus tard, après réception des pièces justificatives demandées.

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de :	Décès (capital)	IAD	Double effet	Incapacité temporaire de travail	Invalidité / IPP
Déclaration de sinistre fournie par l'organisme assureur et complétée par l'entreprise certifiant que l'assuré faisait toujours partie de l'effectif à la date de son décès ou de son arrêt de travail et précisant le salaire à prendre en considération pour le calcul des prestations	✓	✓		✓	✓
Extrait d'acte de décès du défunt	✓		✓		
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois mois et établi postérieurement au décès.	✓		✓		
Certificat médical attestant que le décès est dû ou non à une cause naturelle	✓		✓		
Toutes pièces justifiant valablement la qualité d'enfant à charge à la date de l'évènement (copie de l'avis d'imposition, copie du livret de famille de l'assuré, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, justificatif France Travail (anciennement Pôle Emploi) pour les primo demandeur d'emploi, justificatif de paiement de l'Allocation pour Adulte Handicapé, carte mobilité inclusion ...)	✓	✓	✓		
Si exonération ou taux réduit de CSG en cas de paiement des prestations directement à l'assuré ou au bénéficiaire : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire chaque année				✓	✓
Certificat de scolarité ou pour les enfants handicapés tout document justifiant de la persistance du handicap chaque année			✓		
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	✓	✓	✓	✓	✓
Toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.		✓			✓
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3e catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100 %		✓			✓
Questionnaire/attestation sur l'honneur fourni(e) par l'assureur dûment complété		✓		✓	✓

En cas de temps partiel thérapeutique, les décomptes d'indemnités journalières mi-temps thérapeutique et une attestation mensuelle des salaires maintenus (fixe, primes) perçus pour la période concernée, à défaut le bulletin de salaire du mois correspondant				✓	
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le bénéficiaire n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit			✓	✓	✓
Toutes pièces officielles : <ul style="list-style-type: none"> - relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu l'événement ouvrant à prestation et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république, le cas échéant une coupure de presse relatant l'accident), - prouvant le lien de causalité entre ledit événement et l'accident. 				✓	✓
Décomptes originaux de la Sécurité sociale (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci, ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt				✓	✓
Le cas échéant, attestation de reprise de travail ou toute pièce attestant du licenciement ou de la démission ou la notification de liquidation de retraite				✓	✓
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré dans une des catégories d'invalidé de la Sécurité sociale ou l'attribution d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 33 %.					✓
Justificatif de paiement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale					✓
RIB des bénéficiaires	✓	✓	✓	✓	✓
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de conjoint (livret de famille, relevé d'état civil ...) ou concubin (facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) ou partenaire de PACS de l'assuré (engagement dans les liens d'un Pacs, délivré par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance (attestation de moins de 3 mois)	✓	✓	✓		

Pièces complémentaires à fournir dans le cadre d'une demande de prestation au titre du dispositif de portabilité.

Documents à fournir	Incapacité temporaire de travail	Invalidité / IPP	Décès (1)
Déclaration de l'entreprise de l'assuré bénéficiaire dans le délai d'1 mois suivant la date de fin ou de rupture du contrat de travail (transmission du bulletin individuel d'affiliation de l'assuré, signé par l'entreprise et l'intéressé)	✓	✓	✓
Justificatif de l'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage de l'assuré (à défaut dans un 1er temps, justificatif de l'inscription au régime obligatoire d'assurance chômage)	✓	✓	✓
Justificatif de versement de l'allocation d'assurance chômage	✓	✓	✓
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée			✓
Décompte des allocations versées par le régime obligatoire d'assurance chômage	✓		

(1) Les garanties Décès visées sont celles détaillées dans la présente notice d'information.

Les organismes assureurs se réservent le droit de demander toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations lors de l'instruction du dossier ou en cours de règlement.

Annexe 2 – Maintien facultatif des garanties décès en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés ci-avant dans la présente notice d'information, peuvent demander, à titre facultatif, à bénéficier du maintien des garanties Décès (capitaux décès/invalidité absolue et définitive/double effet) pendant toute la durée de la suspension de leur contrat de travail non indemnisée, dans les conditions définies ci-après.

La preuve de la remise de l'information du salarié sur ce maintien facultatif incombe à l'entreprise.

Condition de mise en œuvre

La demande de l'assuré doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'entreprise 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 Décès

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

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'assuré concerné,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation,
- à la date de cessation de son contrat de travail,
- à la date de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion,
- en tout état de cause, à la date de décès de l'assuré.

Garanties et prestations maintenues

Les garanties et prestations Décès maintenues sont identiques à 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.

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 à cotisations de Sécurité sociale (au sens de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale), hors avantages en nature, perçus par l'assuré au cours des douze derniers mois civils précédant la suspension de son contrat de travail non indemnisée. Lorsque la période de référence des douze derniers mois précédant n'est pas complète (arrêt, embauche en cours d'année...), la rémunération de référence servant de base au calcul des prestations est reconstituée au prorata temporis.

Il est pris en compte dans la limite des tranches mentionnées au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Le montant total des cotisations individuelles doit être réglé par l'assuré à l'organisme assureur ou selon les modalités définies par l'organisme assureur aux conditions particulières, pour la période correspondant à la durée totale de suspension de son contrat de travail.

À défaut de paiement des cotisations, l'assuré ne pourra plus bénéficier du maintien facultatif des garanties.

Annexe 3 – Coordonnées des organismes assureurs

Organismes assureurs	AG2R Prévoyance	Malakoff Humanis
Mentions légales	<p>Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale– Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R – Siège social : 14-16 Boulevard Malaherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270</p>	<p>Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181</p>
Renseignements - réclamation	<p>Demande de renseignements Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'Institution auprès de l'interlocuteur habituel ou via l'espace client, ou par téléphone (appel non surtaxé) : Pour les entreprises : au 09 72 67 22 22, Pour les particuliers : au 09 69 32 20 00. Réclamation Pour toute réclamation relative au contrat, le réclamant peut s'adresser : - Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2ramondiale.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.</p>	<p>Réclamation : • par courrier à - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Pour le Salarié et les bénéficiaires : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex • ou par mail à : - Pour l'Employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com - Pour le Salarié : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou sur l'espace Assuré</p>
Médiation	<p>• par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/</p>	<p>• par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés - 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/</p>
Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)	<p>• par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex • par courriel à informatique.libertes@ag2ramondiale.fr</p>	<p>• par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com</p>
Moyens de notification de la résiliation du contrat auprès de l'organisme assureur	<p>• soit par lettre ou tout autre support durable, notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2ramondiale.fr • soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'Institution et, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ; • soit par acte extrajudiciaire.</p>	<p>• soit par lettre ou tout autre support durable ; • soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ; • soit par acte extrajudiciaire ; soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. A cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com.notamment • soit par tout autre moyen prévu par le contrat.</p>

Annexe 4 – Dispositions relatives aux échanges dématérialisés

a) Définition

La dématérialisation des échanges entre l'organisme assureur et l'entreprise 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 l'entreprise 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 l'entreprise ou l'assuré (ou renseignée par l'entreprise sur l'Espace Client le cas échéant) ;
- et/ou à partir de « l'Espace Client » de l'entreprise 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'entreprise 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 de l'entreprise ou de l'assuré.

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

L'entreprise 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.

L'entreprise et l'assuré pourront consulter, imprimer et télécharger ces informations et documents, étant précisé que ceux mis à disposition sur l'Espace Client de l'entreprise, 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'entreprise 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 de l'entreprise 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 de l'entreprise 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, l'entreprise 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).

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.

Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale -
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° Siren 775 691 181

Notice d'information (07/2024) en application des Conditions Générales (07/2024) du Régime de prévoyance optionnel surcomplémentaire de la **CCN des Commerces de gros du 23 juin 1970**



Important : attestation de réception de la notice d'information

À détacher, à signer et à remettre à l'employeur

Je soussigné, _____

reconnais avoir reçu la notice d'information relative au régime de prévoyance optionnel surcomplémentaire souscrit par mon employeur :

au profit des salariés non cadres relevant de la Convention collective nationale des Commerces de gros (IDCC 573 - JO 3044).

À _____

Le ____ / ____ / ____

Signature

