



AG2R LA MONDIALE

Prévoyance

Notice d'information

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
CABINETS D'EXPERTS COMPTABLES ET
COMMISSAIRES AUX COMPTES (Brochure 3020)

Régime conventionnel
Personnel non cadre
Garanties au 1^{er} janvier 2024

Sommaire

Présentation	3
Vos garanties prévoyance	4
Arrêt de travail	4
Décès ou invalidité permanente totale et définitive	4
Arrêt de travail	5
Objet de la garantie	5
Contenu de la garantie	5
Exclusions.....	6
Contrôle médical.....	6
Justificatifs à fournir	7
Décès ou invalidité permanente totale et définitive.....	9
Objet de la garantie	9
Contenu de la garantie	9
Exclusions.....	10
Justificatifs à fournir	10
Dispositions générales	13
Début des garanties.....	13
Cessation des garanties	13
Maintien des garanties	13
Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge.....	15
Salaire de référence	16
Paiement des prestations	16
Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu	17
Revalorisation	17
Prescription.....	17
Recours contre les tiers responsables	18
Renseignements – réclamations – médiation	18
Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Mesures restrictives et sanctions internationales - Lutte contre la corruption et le trafic d'influence	19
Échanges dématérialisés	20
Protection des données à caractère personnel.....	21
Autorité de contrôle.....	22
Mes services.....	23
Découvrez notre application mobile « service client »	23
L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers.....	24

Présentation

La Convention collective nationale des cabinets d'experts-comptables et de commissaires aux comptes est dotée d'un régime de prévoyance au profit de :

- son personnel non cadre, à savoir le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention, ayant 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Ce régime prévoit les garanties :

- arrêt de travail ;
- décès.

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

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

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

Vos garanties prévoyance

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance ⁽¹⁾
Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière	
À l'issue d'une franchise continue de 30 jours d'arrêt de travail (sans franchise en cas de rechute, voir conditions page 5)	80 % du SR
Invalidité permanente : rente annuelle	
1 ^{re} catégorie	$\frac{3}{4} \times (80 \% \text{ du SR} - \text{montant de la rente Sécurité sociale})$ ⁽²⁾
2 ^e catégorie	80 % du SR
3 ^e catégorie	80 % du SR
Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle	
Taux d'incapacité compris entre 20 % et 66 %	$\frac{3}{4} \times (80 \% \text{ du SR} - \text{montant de la rente Sécurité sociale})$ ⁽²⁾
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	80 % du SR

SR = Salaire de référence (définition page 15)

(1) Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

(2) Rente égale aux $\frac{3}{4}$ de la différence entre 80 % du salaire de référence et le montant de la rente allouée par la Sécurité sociale en cas d'invalidité 2^e catégorie ou d'IPP dont le taux est supérieur ou égal à 66 %.

Décès ou invalidité permanente totale et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
Capital décès	
Quelle que soit la situation familiale	6 mois de salaire
Majoration par enfant à charge	1 mois de salaire
Invalidité permanente totale et définitive	
Versement par anticipation	100 % du capital décès ⁽¹⁾
Décès postérieur ou simultané du conjoint	
Nouveau capital	100 % du capital décès ⁽¹⁾
Allocation frais d'obsèques	
Décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin, ou d'un enfant à charge ⁽²⁾	2 mois de salaire

SR = Salaire de référence (définition page 15)

(1) Y compris les majorations éventuelles pour enfant à charge.

(2) La prestation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de facture, dans la limite des frais réellement engagés.

Arrêt de travail

Objet de la garantie

Verser au salarié, en arrêt de travail pour maladie ou accident médicalement constaté, des prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale (indemnités journalières ou rentes).

Contenu de la garantie

1/ Incapacité temporaire de travail

Incapacité temporaire de travail

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

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

En cas d'incapacité temporaire de travail (y compris l'accident du travail ou la maladie professionnelle), reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, l'organisme assureur verse une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, après réception des éléments justificatifs de la Sécurité sociale, à l'employeur pour le compte du salarié tant que son contrat de travail est en vigueur, directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail.

Rechute : arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail. La rechute est prise en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, à condition qu'elle survienne 90 jours au plus après la reprise du travail. La franchise n'est pas applicable dans ce cas.

Durée de l'indemnisation : le versement des indemnités journalières complémentaires est suspendu ou cesse quand la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses propres prestations. Lorsque le régime de Sécurité sociale réduit ses prestations, les indemnités journalières complémentaires sont réduites à due concurrence.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical visé ci-après ;
- au 1095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf pour le salarié 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 décès du salarié.

2/ Invalidité permanente

Invalidité permanente

Est considéré comme invalide, le salarié classé dans les 1^{re}, 2^e et 3^e catégories d'invalide prévues par les articles L.341-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

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

Le salarié reconnu en invalidité permanente par la Sécurité sociale perçoit une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, **sous réserve que la date initiale d'arrêt de travail soit postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.**

Le cumul des prestations perçues au titre du régime général de la Sécurité sociale et du régime de prévoyance ainsi que de tout autre revenu (salaire à temps partiel, indemnités du régime d'assurance chômage, ...) ne peut conduire le salarié à percevoir une rémunération nette supérieure à celle qu'il aurait perçue s'il avait poursuivi son activité.

La rente complémentaire est versée directement au salarié, mensuellement à terme échu. En cas de décès, elle est versée avec paiement prorata temporis.

Durée de l'indemnisation : la rente complémentaire est réduite ou suspendue en cas de réduction ou de suspension de la pension de la Sécurité sociale. Son versement cesse quand la Sécurité sociale cesse le versement de sa propre pension.

Le versement des prestations complémentaires cesse également dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décision de l'organisme assureur en vertu du contrôle médical visé ci-après ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- à la date de décès du salarié.

3/ Incapacité permanente professionnelle

Le salarié reconnu, par le régime de base de la Sécurité sociale, en état d'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, perçoit une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale, **sous réserve que la date initiale d'arrêt de travail soit postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion.**

La rente d'incapacité permanente professionnelle complémentaire est versée dans les conditions et limites prévues pour la garantie invalidité permanente complémentaire.

Exclusions

Ne sont pas garanties les conséquences :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, tels que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;

Contrôle médical

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

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

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

L'assuré est tenu de se soumettre à ce contrôle médical **sous peine de suspension des droits à prestations**, intervenant à l'expiration d'un délai de 30 jours courant à compter de la date de première présentation de la lettre de mise en demeure. Pendant la période de suspension des droits à prestations, aucune prestation n'est

due ; le versement des prestations s'effectue ou reprend, s'il y a lieu, au terme définitif du processus du contrôle médical.

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

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

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

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

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

Justificatifs à fournir

L'employeur adresse à l'Institution le formulaire de demande de prestations en cas d'arrêt de travail, complété, signé et accompagné de tout ou partie des pièces suivantes :

Dans tous les cas :

- relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du destinataire de la prestation (employeur ou participant) ;
- déclaration de l'employeur mentionnant le montant des rémunérations ayant donné lieu à cotisations au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;

En cas d'incapacité temporaire de travail, les pièces suivantes devront également être transmises :

- en cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection que celle ayant donné lieu à l'arrêt de travail initial ;
- en cas de reprise à mi-temps thérapeutique, formulaire d'attestation de salaire adressé à la Sécurité sociale précisant les salaires versés dans le cadre de l'activité partielle ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie ;
- en cas de cessation du contrat de travail, copies recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) et du certificat de travail ;
- pour les participants relevant de la MSA : copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale .

En outre, sur demande de l'Institution, l'employeur :

- transmet les copies des décomptes de la Sécurité sociale attestant du versement des indemnités journalières pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci ou à défaut une attestation de versement émanant de l'organisme de sécurité sociale (pour les participants autres que ceux relevant de la MSA) ;
- transmet les bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant la date d'arrêt de travail ;
- transmet copie du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation ;
- apporte la preuve à l'Institution, que le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation lui a bien été remis par le participant dans le délai prévu à l'article R. 321. 2 du code de la Sécurité sociale, le cachet de la poste sur l'enveloppe d'envoi ou l'attestation écrite de l'employeur faisant foi ;
- en cas de prolongation, le participant doit apporter la preuve que ladite prolongation est prescrite par le médecin ayant établi la prescription initiale ou par le médecin traitant ;
- le cas échéant, l'attestation sur l'honneur rempli par l'employeur précisant le motif de l'arrêt de travail justifiant la demande de prestations.

En cas d'invalidité, les pièces suivantes devront également être transmises :

- copie de la notification d'attribution définitive de pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité professionnelle permanente délivrée par la Sécurité sociale indiquant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente, ainsi que le montant versé par la Sécurité sociale ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du bulletin de salaire du mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- copie du bulletin de salaire du mois de l'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité ;
- copies des 2 derniers avis d'imposition sur les revenus du participant ;
- l'attestation de paiement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale ou la copie des décomptes de la sécurité sociale correspondants ;
- en cas de reprise d'activité (même partielle) au sein d'une entreprise, les copies des bulletins de salaire depuis le 1^{er} jour de la reprise d'activité ;
- si le participant est inscrit à Pôle emploi et perçoit des allocations chômage, la copie de la notification d'ouverture de droit aux allocations précisant la date exacte de début d'indemnisation ainsi que le montant journalier brut et net alloué et joindre les bordereaux de paiement ;
- si le participant est inscrit à Pôle emploi mais ne perçoit pas d'allocations chômage, la copie du refus de cet organisme ;
- si le participant perçoit des ressources d'un autre organisme, l'attestation de paiement de cet organisme depuis le mois correspondant à la prise d'effet de l'invalidité ;
- en cas de rupture de contrat, la copie du certificat de travail pour chaque employeur connu au cours de la période définie par le salaire de référence précédant la date de l'arrêt de travail ;
- en cas de révision de pension, la copie de la décision de la Sécurité sociale modifiant la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

L'Institution peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande de prestations et en cours de règlement des prestations.

Le respect de ces formalités conditionne l'ouverture du droit à indemnisation ou la poursuite de l'indemnisation encourus. À défaut, l'Institution ne procédera pas à la liquidation des prestations ou suspendra l'indemnisation.

Décès ou invalidité permanente totale et définitive

Objet de la garantie

Verser des prestations aux bénéficiaires en cas de décès ou d'invalidité permanente totale et définitive du salarié.

Contenu de la garantie

1/ Capital décès

En cas de décès du salarié, il est versé un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) librement par le salarié.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par le salarié notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint du salarié ;
- et à défaut de conjoint, par parts égales entre eux ;
- aux enfants du salarié, nés ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs ;
- à défaut, à ses petits-enfants ;
- à défaut de descendance directe, à ses parents ou, à défaut, à ses grands-parents survivants ;
- à défaut de tous les susnommés, à ses héritiers (le capital est versé par parts égales entre les héritiers et non en proportion de leur vocation successorale).

Par désignation caduque, il faut entendre la désignation initialement faite par le participant qui se trouve privée d'effet lorsque le bénéficiaire désigné prédécède au participant ou s'il décède en même temps que ce dernier alors qu'aucune clause de représentation n'a été prévue. La désignation est également caduque si, à la date du décès du participant, le bénéficiaire désigné a perdu la qualité au titre de laquelle il avait été initialement désigné, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné par le participant (cas par exemple d'une personne désignée par la qualité « mon conjoint » qui, par l'effet d'un jugement de divorce définitif, perd sa qualité de bénéficiaire au décès du participant).

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le participant peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente :

- par le formulaire en ligne « désignation de bénéficiaire Prévoyance » accessible sur le site internet du Groupe AG2R La Mondiale : https://inscription.ag2rlamondiale.fr/prevoyance/designation-beneficiaire/#PARCOURS_ENTREPRISE (si cette possibilité est ouverte pour le contrat au titre duquel le participant est assuré) ;
- sur support papier au moyen du formulaire « désignation de bénéficiaire(s) du capital décès » transmis au participant par l'employeur ;
- par acte authentique ou acte sous seing privé, conformément à la loi.

Une désignation de bénéficiaire particulière établie par un participant mineur ne peut être prise en compte par l'Institution. En cas de décès d'un participant de moins de 18 ans, le capital est versé à ses héritiers en proportion de leur vocation successorale.

Un bénéficiaire peut accepter la désignation particulière faite à son profit par le participant 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.

Quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable, la part de capital correspondant à la majoration éventuelle pour enfant à charge est versée, par parts égales entre eux, directement à ceux-ci dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités avant leur majorité.

La part de capital correspondant à la majoration éventuelle pour enfant à charge est versée sous réserve de l'existence d'enfant à charge au décès du participant.

Situation de concubinage ou de PACS

Pour le versement du capital décès, cette situation n'est pas assimilée au mariage ; si le salarié souhaite attribuer le capital à son concubin ou partenaire de PACS, il doit le désigner par son nom.

2/ Invalidité permanente totale et définitive du salarié

Invalidité permanente totale et définitive

Est considéré en état d'invalidité permanente totale et définitive, le salarié reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie d'invalide, qui reste définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit.

Lorsque le salarié est en état d'invalidité permanente totale et définitive, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour enfant à charge, lui est versé par anticipation sur sa demande.

Ce versement anticipé met fin à la garantie capital décès en cas de décès du salarié.

3/ Décès postérieur ou simultané du conjoint du salarié

Le décès du conjoint non remarié du salarié, survenant simultanément ou postérieurement au décès du salarié, entraîne le versement au profit des enfants restant à charge, d'un nouveau capital égal au **capital versé au décès du salarié**, y compris la majoration pour enfant à charge.

Ce capital est réparti, par parts égales entre eux, directement aux enfants à charge dès leur majorité, à leurs représentants légaux ès qualités durant leur minorité.

4/ Allocation frais d'obsèques

En cas de décès du conjoint du salarié, ou de son partenaire de PACS ou de son concubin ou d'un enfant à charge du salarié, il est versé une allocation à la personne ayant réglé les frais d'obsèques et le justifiant sur facture, dans la limite des frais réellement engagés.

Le droit à garantie est subordonné à la qualité d'assuré et à l'existence effective du contrat à la date du décès.

Exclusions

En cas de décès, ne sont pas garanties les conséquences :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, tels que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- du meurtre du salarié par le bénéficiaire.

Le capital prévu en cas d'invalidité permanente totale et définitive du salarié n'est pas garanti lorsque l'état d'invalidité permanente totale et définitive résulte d'un des cas où le décès n'est pas garanti.

Les exclusions visant les garanties en cas de décès sont applicables au maintien des garanties en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat de prévoyance.

Justificatifs à fournir

Dans les plus brefs délais, l'employeur adresse à l'Institution le formulaire de demande de prestations en cas de décès complété et accompagné de tout ou partie des pièces ci-après (à l'adresse indiquée sur ce formulaire) :

En cas de décès :

- acte de notoriété établi par le notaire ou à défaut :
 - acte de décès original avec filiation,
 - et acte de naissance intégral du défunt, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales,
 - et livret de famille du participant,
 - et certificat d'hérédité établi par la mairie si le capital en cas de décès revient aux héritiers,

- copie de l'acte de naissance intégral du (des) bénéficiaire (s) de la prestation, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales (sauf en présence d'un héritier bénéficiaire de la prestation si l'acte de notoriété est transmis) ;
- copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du (des) bénéficiaire (s) de la prestation (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
- copie du certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- copie intégrale du dernier avis d'imposition du participant ;
- en présence d'enfant à charge pour l'enfant de plus de 16 ans, un certificat de scolarité original ou une attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou une attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) ou une attestation de poursuite d'études ;
- en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;
- à la demande de l'Institution, pour le versement des prestations à l'enfant mineur : une attestation du parent survivant selon laquelle ce dernier exerce pleinement l'autorité parentale à l'égard de l'enfant mineur et ce sans restriction ;
- copie des bulletins de salaire du participant correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant le décès ou l'arrêt de travail en cas d'arrêt maladie avant le décès ;
- relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire de la prestation, et/ou, le cas échéant relevé d'identité bancaire portant la mention "sous administration légale de..." pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital décès et/ou du relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation ;

En cas d'invalidité permanente totale et définitive :

- la preuve de l'invalidité permanente totale et définitive incombe au participant ou à la personne qui en a la charge qui devra fournir la copie de la notification de la pension d'invalidé de 3^e catégorie de la Sécurité sociale, ainsi que les pièces suivantes :
 - en présence d'enfant à charge : pour l'enfant de plus de 16 ans, un certificat de scolarité original ou une attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou une attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) ou une attestation de poursuite d'études ;
 - en présence de personne infirme à charge, la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé, ou copie de l'attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) ;
 - copie des bulletins de salaire correspondant à la période définie par le salaire de référence précédant l'invalidité permanente totale et définitive ;
 - si l'invalidité Permanente Totale est précédée d'un arrêt de travail non indemnisé par l'Institution : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité ;
 - certificat original du médecin traitant ;
 - RIB au nom du participant ;
 - copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du participant (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers) ;
 - copie de l'acte de naissance original, à jour des mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
 - copie intégrale du ou des livrets de famille du participant à jour de toutes les mentions marginales (sauf si célibataire sans enfant) ;
 - copie intégrale du dernier avis d'imposition.

S'il y a lieu, l'employeur complète la demande de prestations par tout ou partie des pièces suivantes :

- pour justifier la situation de conjoint : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi que l'acte de mariage ou son acte de naissance, avec mentions marginales ; les pièces fournies devront dater de moins de 3 mois ;
- pour justifier la situation de partenaire lié par un PACS : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun daté de moins de 3 mois (relevé d'identité bancaire, facture d'électricité ou de téléphone fixe), ainsi qu'une ordonnance du tribunal d'instance ou de grande instance délivrée aux titulaires d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou attestation délivrée par le notaire ou la mairie ;
- pour justifier la situation de concubin : le bénéficiaire de la prestation devra fournir un justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois), ainsi qu'une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une copie intégrale du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou à défaut une déclaration sur l'honneur accompagnée d'une pièce justificative du domicile commun (quittance aux deux noms, de loyer ou d'électricité ou de téléphone fixe) ;

- facture acquittée des frais à la charge du bénéficiaire de l'allocation de frais d'obsèques, et relevé d'identité bancaire et copie de la pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques si la garantie est présente ;
- en cas de décès accidentel, la preuve du caractère accidentel du décès incombe au bénéficiaire ou à l'ayant droit qui devra fournir : un rapport de police ou de gendarmerie ; copie de la décision de la Sécurité sociale en cas d'accident du travail, ainsi que tout élément d'information sur les circonstances du décès (article de presse par exemple) sans que cela préjuge de la reconnaissance par l'Institution du caractère accidentel du décès garanti au titre du contrat d'adhésion si la garantie majoration pour décès accidentel est présente ;
- si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail non indemnisée par l'Institution, une attestation de la Sécurité sociale et/ou de l'Institution de l'employeur garantissant l'arrêt de travail des participants, mentionnant la nature et la durée d'indemnisation au jour du décès.

L'Institution peut demander toute autre pièce justificative lors de la demande des prestations et en cours de versement de celles-ci.

Dispositions générales

Début des garanties

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

Cessation des garanties

- À la date de suspension du contrat de travail du salarié, sauf dans les cas de maintien mentionnés ci-après ;
- à la date de rupture de son contrat de travail ;
- lorsque le salarié ne relève plus de la catégorie de personnel définie au contrat de prévoyance ;
- à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat ; la cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation.

Cessation des garanties

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

Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail

Garanties décès

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant :

- 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 des indemnités journalières 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...),
- en arrêt de travail pour maladie ou accident, qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Garanties arrêt de travail

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, au participant :

- dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion, 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 des indemnités journalières 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...),
- dont la date initiale d'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'effet du contrat d'adhésion et qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties s'applique le cas échéant, également aux ayants droit du participant.

Exonération des cotisations

Pour le salarié dont le contrat de travail est en vigueur, en arrêt de travail pour maladie ou accident et indemnisé à ce titre par l'organisme assureur, le maintien des garanties intervient sans contrepartie des cotisations à compter du premier jour d'indemnisation de la période d'incapacité de travail garantie par l'organisme assureur. L'exonération de cotisations cesse dès le premier jour de reprise du travail par le salarié ou dès la cessation ou suspension des prestations de l'organisme assureur.

Durée du maintien des garanties arrêt de travail et décès

Le maintien de ces garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail du salarié n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant 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 sont servies **sans interruption** depuis la date de rupture du contrat de travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Formalités de déclaration

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

L'ancien participant doit informer par courrier l'Institution de la cessation de son contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation de son contrat de travail :

- la copie du (ou des) dernier(s) contrat(s) de travail justifiant la durée de la portabilité ;
- une attestation justifiant le statut de l'ancien participant en tant que demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'assurance chômage ;

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

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

Salaire de référence

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

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

Incapacité de travail

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

Païement des prestations

Les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives devront être adressées au centre de gestion.

En outre, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage.

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

En cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat de prévoyance

AG2R Prévoyance maintient le paiement des prestations en cours de versement au niveau atteint à la date d'effet de cette résiliation ou non-renouvellement. La cessation d'activité de l'entreprise est assimilée à une résiliation ou un non-renouvellement.

Le droit à indemnisation au titre de l'invalidité est maintenu à l'assuré percevant des indemnités journalières de l'organisme assureur, le versement ou le droit à ces indemnités devant être né antérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat.

Le salarié **percevant des prestations complémentaires** de AG2R Prévoyance ou de tout autre organisme assureur de l'entreprise en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité, au titre d'un contrat collectif obligatoire, bénéficie **pendant la période de versement de ces prestations** du maintien des garanties suivantes :

- le capital décès ;
- les majorations du capital décès pour enfant à charge ;
- le décès postérieur ou simultané du conjoint.

Ne donnent pas lieu au maintien :

- **l'invalidité permanente totale et définitive du salarié ;**
- **les frais d'obsèques en cas de décès du conjoint ou du partenaire de PACS ou du concubin ou d'un enfant à charge ;**
- **la revalorisation des prestations.**

Ce maintien de garantie cesse également à la date de notification de la pension vieillesse du régime de Sécurité sociale.

Garantie décès maintenue par un précédent organisme assureur

Quand le salarié bénéficie du maintien de la garantie décès du précédent organisme assureur de l'entreprise, les prestations en cas de décès qui seraient dues par AG2R Prévoyance au titre du contrat de prévoyance sont déterminées sous déduction des prestations dues par ledit organisme. L'entreprise ou l'ayant droit doit fournir tout justificatif ou toute information demandée par AG2R Prévoyance.

Définitions de conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge

Conjoint

- L'époux ou épouse du salarié, non divorcé(e) par un jugement définitif.

Concubin

- La personne vivant en couple avec le salarié au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Partenaire de PACS

- La personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil.

Enfants à charge

- Les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou à celle de son conjoint, au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- les enfants âgés de moins de 26 ans à charge du salarié ou à celle de son conjoint, au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants auxquels le salarié sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- les enfants handicapés du salarié et ceux de son conjoint si, avant leur 21e anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil et bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle des revenus, les enfants infirmes à charge du salarié ou à celle de son conjoint, n'étant pas en mesure de subvenir à leurs besoins en raison de leur infirmité et pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après le décès du salarié.

Qualités

Les qualités de salarié, conjoint, partenaire de PACS, concubin, enfant à charge, s'apprécient à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Salaire de référence

Le salaire de référence est égal au salaire annuel brut, calculé sur la moyenne annuelle des salaires perçus au cours des 4 derniers trimestres civils d'activité, dans la limite de 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Il se décompose comme suit :

- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche B : partie du salaire annuel brut excédant la tranche A, dans la limite de 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la période de référence n'est pas complète en raison de la date d'effet de la garantie, le salaire de référence annuel est reconstitué à partir des éléments de salaire versés au salarié entre la date d'effet de la garantie et la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Paiement des prestations

En cas d'arrêt de travail

Les prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale. Les prestations complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès du salarié.

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

En cas de décès

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

En cas de prestations décès n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s)

Lorsque les prestations prévues en cas de décès n'ont pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s), durant un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès par l'organisme assureur (matérialisée par la réception de l'acte de décès), les sommes correspondant à ces prestations sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations, conformément à la réglementation. Lorsque lesdites sommes n'ont toujours pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) après un nouveau délai de 20 ans à compter de la date de transfert à la Caisse des dépôts et consignations, ces sommes sont acquises par l'État.

Prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu

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

Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de versement

En cours de contrat de prévoyance, les prestations versées sous forme de rente sont revalorisées sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, dans la limite de 90 % du rendement de l'actif général de l'organisme assureur.

La revalorisation cesse à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat de prévoyance de l'entreprise.

Revalorisation des prestations au titre de la « Loi Eckert »

À compter de la date du décès ouvrant droit aux prestations, et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au versement desdites prestations, et au plus tard, jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations des sommes non réclamées par le(s) bénéficiaire(s), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne au cours des 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est également applicable postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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 du salarié 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 le salarié 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 et à 10 ans lorsque, pour les garanties en cas de décès, le bénéficiaire n'est pas le salarié, et dans les opérations relatives à la couverture du risque accident lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du salarié 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'Institution à l'adhérent ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à l'Institution, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Suspension de la prescription

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

Recours contre les tiers responsables

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

Renseignements – réclamations – médiation

Demande de renseignements

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

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

Réclamation et médiation

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

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

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

AG2R LA MONDIALE

TSA 37001

59071 ROUBAIX CEDEX

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

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

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

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

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

Médiateur de la protection sociale

10, Rue Cambacérès

75008 Paris

Ce recours est gratuit.

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

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

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

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

Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme

L'Institution, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

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

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

Mesures restrictives et sanctions internationales

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

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise déclare et garantit à l'Institution qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également

les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'Institution accessibles sur le site du Groupe AG2R LA MONDIALE ;

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

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

Échanges dématérialisés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection des données à caractère personnel

Types de données collectées et identité du responsable de traitement

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

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

Base légale

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

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

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

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

Profilage et décision automatisée

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

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

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

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

Durées de conservation

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

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

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

Destinataires des données

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

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

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

Il est possible que les données fassent l'objet d'un transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne. Dans un tel cas, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure, préalablement à une telle opération de transfert de données, que le destinataire hors de l'Union Européennes 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 européennes ou par les autorités de contrôle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autorité de contrôle

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

Mes services

Découvrez notre application mobile « service client »

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

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

La Foire aux Questions (FAQ)

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

Les numéros de service client

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

La disponibilité du service client

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

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

Nouveauté : Faites-vous rappeler !

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

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

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

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

L'offre AG2R LA MONDIALE pour les particuliers

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Santé

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

Assurance de biens

Assurance auto
Assurance habitation

Prévoyance

Garantie prévoyance individuelle
Garantie accident
Garanties obsèques
Assurances perte d'autonomie
Aide aux aidants

Autres produits

Santé animaux
Crédit

Épargne

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

Retraite

Revenus à vie

Engagement sociétal

Services à la personne
Conseil social

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.



CG2009 (Octobre 2023) - Pôle Contrats Chartres