



Convention Collective Nationale (N°3148)

COMMERCES DE GROS DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET

Notice d'information Prévoyance

Personnel NON CADRE



AG2R LA MONDIALE



Humanis

Protéger c'est s'engager

SOMMAIRE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
Quand débutent les garanties ?	4
Quand cessent-elles ?	4
Peuvent-elles être maintenues ?	4
Qu'entend-on par conjoint, concubin, partenaire lié par un pacs, enfants à charge ?	6
Salaire de référence	6
Contrôle et expertise médicale	7
Prescription	7
Recours contre les tiers responsables	7
Réclamations - Médiation	8
Informatique et libertés	8
Autorité de contrôle	8
ARRÊT DE TRAVAIL	9
Quel est l'objet de la garantie ?	9
Qui est bénéficiaire ?	9
Quel est le contenu de la garantie ?	9
Revalorisation	11
Exclusions	11
DÉCÈS	12
Quel est l'objet de la garantie ?	12
Quels sont les bénéficiaires ?	12
Quel est le contenu de la garantie ?	12
Exclusions	13
PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	14



VOTRE ENTREPRISE RELÈVE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE GROS DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET (JO 3148).

Les partenaires sociaux de la profession ont mis en place un régime de prévoyance obligatoire destiné à vous protéger contre les risques décès, incapacité de travail et invalidité.

Ce régime concerne le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette Convention.

Les dispositions de la notice d'information s'appliquent aux sinistres survenus à compter du 8 juillet 2014.

■ **Dans le cadre de la mutualisation, les partenaires sociaux ont co-recommandé, en tant qu'assureurs et gestionnaires du régime conventionnel de prévoyance, les organismes suivants :**

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 35 bd Brune - 75014 PARIS.

Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 PARIS.

Pour la présente notice d'information, ces organismes seront dénommés sous le terme « d'organisme assureur ».

NOTA

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 ; en accord avec les partenaires sociaux, elles pourront être révisées en cas de changement des textes.



DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Quand débutent les garanties ?

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

Quand cessent-elles ?

- À la date de suspension du contrat de travail du salarié, sauf dans les cas mentionnés au paragraphe ci-après,
- à la date de rupture de son contrat de travail,
- à la prise d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du salarié,
- lorsque le salarié ne relève plus de la catégorie de personnel définie au contrat,
- à la date de décès du salarié,
- à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.

Peuvent-elles être maintenues ?

■ En cas de suspension du contrat de travail

Garanties décès

Les garanties décès sont maintenues au salarié en incapacité temporaire de travail ou en invalidité et bénéficiant à ce titre de prestations complémentaires de la part de l'Organisme assureur.

Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéficiaire du régime de prévoyance conventionnelle est maintenu, moyennant paiement de la cotisation correspondante, pour le salarié dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. Sont visées toutes les périodes de suspension du contrat de travail, et notamment celles liées à une maladie, une maternité, une paternité ou à un accident, dès lors qu'elles sont indemnisées.

Pendant cette période, les cotisations restent dues dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Pour les suspensions de contrat de travail à l'initiative du salarié (congés parentaux, congés formation, congés sans solde, congés sabbatiques, ...), les garanties pourront être maintenues au salarié concerné, à titre facultatif, à charge pour ce dernier d'assumer intégralement le montant total de la cotisation pendant la durée du maintien.

Dans le cadre du maintien de la garantie arrêt de travail (*selon conditions définies dans la présente notice*), l'arrêt doit intervenir pendant le congé sans solde, le salarié étant alors indemnisé au jour de sa reprise théorique d'activité, après décompte de la franchise contractuelle.

Le salaire de référence est calculé sur la base de la dernière période d'activité ayant précédé la suspension du contrat de travail.

Le salarié est de nouveau couvert en tant qu'actif au jour de la reprise de son contrat de travail.

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

Les garanties peuvent être maintenues, moyennant paiement des cotisations, sous réserve qu'ils n'aient pas renoncé à leurs droits, aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la rupture ou la fin de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde, 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.

Il conviendra de fournir à l'employeur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Ce maintien de garanties prend effet dès le lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été déclaré par l'employeur. Il s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois.

Il cesse :

- lorsque le salarié reprend un autre emploi, ou
- dès qu'il 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, ou
- en cas de décès du salarié, ou
- en cas de non paiement de la cotisation due par le salarié, ou
- en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise.

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.

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

Le salarié a le droit de renoncer au bénéfice de ce maintien de garanties par notification écrite à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail. Cette renonciation est définitive et porte sur l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur qu'elles soient prévues par la convention collective nationale ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Salaire de référence

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, ...).

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.

Lorsque la période de référence est incomplète, le salaire est reconstitué sur la base du salaire que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé.

Incapacité de travail / Invalidité

Le cumul des prestations (indemnités journalières, pensions et rentes) servies par le régime général de la Sécurité sociale et le régime complémentaire de prévoyance conventionnelle **est plafonné au montant net de l'allocation qui aurait été versé par le régime d'assurance chômage au titre de la même période.**

Paiement des prestations

Les prestations sont versées directement au salarié ou au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès, sous réserve de la fourniture des attestations de paiement de Pôle emploi.

■ En cas de résiliation ou non renouvellement du contrat

L'Organisme assureur poursuit le versement des indemnités journalières ou des rentes acquises ou nées durant l'exécution du contrat au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation des garanties, de la démission ou de la radiation de l'employeur.

Le salarié **percevant des prestations complémentaires** de l'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 pour enfant à charge,
- le double effet,
- les frais d'obsèques.

Ne sont pas maintenus :

- **l'invalidité absolue et définitive du salarié,**
- **la revalorisation des prestations.**

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

NOTA

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 au titre du contrat de prévoyance sont déterminées sous déduction des prestations dues par le précédent organisme. L'entreprise ou l'ayant droit doit fournir tout justificatif ou toute information demandée par l'Organisme assureur.

Qu'entend-on par conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants à charge ?

■ Conjoint

L'époux ou épouse du salarié, non divorcé par un jugement définitif.

■ Concubin

Le concubinage notoire et permanent ouvre droit aux prestations dévolues au conjoint dès lors que le salarié et son concubin sont célibataires, veufs ou divorcés, et :

- qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union,
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune.

■ Partenaire lié par un 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

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du salarié ou ceux de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou concubin, qu'ils soient légitimes, adoptifs, reconnus ou recueillis, s'ils vivent sous le toit du salarié et sont à la date de l'événement ouvrant droit à prestations :

- âgés de moins de 18 ans, sans condition,
- âgés de 18 à 21 ans, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du salarié, quelle que soit leur activité, et s'ils ne perçoivent pas une rémunération supérieure à 100 % du SMIC,
- âgés de 21 à 25 ans révolus, s'ils ont demandé leur rattachement au foyer fiscal du salarié, et à condition qu'ils poursuivent des études et ne perçoivent pas en contrepartie d'une éventuelle activité une rémunération supérieure à 100 % du SMIC,
- atteints d'un handicap, titulaires d'une carte d'invalidité et reconnus invalides avant leur 26^e anniversaire,
- nés dans les 300 jours postérieurement au décès du salarié et dont la filiation avec celui-ci est établie.

NOTA | **La qualité de salarié, conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfant à charge s'apprécie à la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations.**

Salaire de référence

Le salaire de référence est égal au salaire brut total ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations.

Il est limité à la tranche A des rémunérations perçues (partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale).

Ce salaire comprend les rémunérations perçues au cours de cette période, à l'exclusion des primes à périodicité plus longue que l'année (prime de départ à la retraite, ...).

Dans le cas où cette période est inférieure à 12 mois, le salaire de référence est reconstitué à partir des éléments de salaire ayant donné lieu à cotisations et versés au salarié entre la date d'effet de la garantie et la date d'arrêt de travail.

■ Revalorisation

En cas de décès ou d'invalidité précédé d'une période d'incapacité de travail, le salaire de référence est revalorisé chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution du point AGIRC au cours de l'exercice précédent, 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.

Contrôle et expertise médicale

À toute époque, le salarié doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'Organisme assureur, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service.

Pour l'ensemble des garanties, l'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du salarié.

Les décisions de l'Organisme assureur, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a missionné, sont notifiées au salarié par courrier recommandé. Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée. Cette contestation doit être adressée au service médical de l'Organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du salarié, celui-ci et l'Organisme assureur choisissent un médecin tiers arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du salarié. Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au salarié et à l'Organisme assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage 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.

En sus de ce contrôle mené à l'initiative de l'Organisme assureur, l'entreprise adhérente donne mandat à l'Organisme assureur pour diligenter en son nom et pour son compte des contre-visites médicales, à l'encontre d'un salarié, dans le respect des dispositions légales, dans tous les cas où elle estimerait une telle contre-visite médicale nécessaire. Les résultats de la contre-visite seront transmis à l'employeur.

Prescription

Toutes actions et demandes de prestations concernant les garanties souscrites par l'employeur sont prescrites par **2 ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'employeur, du salarié, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'employeur, le salarié, 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 temporaire de travail et à **10 ans** lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du salarié décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement de prestations complémentaires à caractère indemnitaire 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'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Réclamations - Médiation

L'entreprise adhérente et le salarié ou un ayant droit du salarié peuvent, en cas de désaccord, effectuer leur réclamation auprès des Organismes assureurs.

L'employeur adhérent et les salariés peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser toutes réclamations relatives au contrat à l'Organisme assureur auprès duquel l'employeur a adhéré :

- AG2R Prévoyance : Direction de la qualité – 35 boulevard Brune - 75680 PARIS Cedex 14,
En cas de désaccord sur la réponse donnée par AG2R Prévoyance :
Les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE,
32 avenue Emile Zola - Mons en Barœul - 59896 Lille Cedex 9.
- Humanis Prévoyance : Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle s'engage à apporter une réponse à la réclamation dans les 15 jours à compter de la réception de celle-ci.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, la Mutuelle adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Dans tous les cas, en cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

Informatique et libertés

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les salariés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de l'Organisme assureur.

Autorité de contrôle

L'Organisme assureur relève de l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.



ARRÊT DE TRAVAIL

Quel est l'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).

Qui est bénéficiaire ?

- Le salarié.

Quel est le contenu de la garantie ?

1/ Incapacité temporaire de travail

Incapacité temporaire de travail

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'impossibilité physique temporaire de travailler suite à une maladie (y compris une maladie professionnelle) ou à un accident (y compris un accident du travail), constatée par une autorité médicale, et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale.

En cas d'incapacité temporaire de travail, reconnue et indemnisée par la Sécurité sociale, il est versé une indemnité journalière dont le montant annuel est égal à :

- **70 % du salaire brut de référence, y compris les indemnités journalières brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur.**

Cette indemnisation intervient :

- pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise au jour de survenance de l'arrêt de travail, à l'expiration de la période de maintien de salaire (tout ou partie) par l'employeur ; en cas de nouvel arrêt après épuisement des droits au titre du maintien de salaire, il sera appliqué une carence de 3 jours pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie ou un accident de la vie privée, aucune carence n'intervenant pour les arrêts de travail consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- pour les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise au jour de survenance de l'arrêt de travail, à l'expiration d'une franchise continue de 90 jours d'arrêt de travail.

Le salarié ne peut percevoir, compte tenu des sommes versées de toute provenance pour la période indemnisée (prestations Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires, ...), une somme supérieure à son salaire net d'activité. Dans le cas contraire, les prestations versées par l'Organisme assureur seront réduites à due concurrence.

Les prestations 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

Les cas de rechute (arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail), au sens de la législation de la Sécurité sociale, sont pris en compte dès lors que l'incapacité temporaire provoquée par la rechute est éligible aux prestations prévues dans la présente notice. La rechute est prise en compte sur production d'un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection. La franchise n'est pas applicable dans ce cas.

■ Durée de l'indemnisation

Lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses prestations, l'Organisme assureur suspend ou cesse le versement de ses propres prestations.

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

- à la date de reprise d'activité, ou s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'employeur ou l'Organisme assureur que le salarié peut reprendre une activité,
- au 1095^e jour d'arrêt de travail,
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle par la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de décès du salarié.

NOTA | Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'employeur et/ou du salarié.

2/ Invalidité / incapacité permanente professionnelle

Invalidité / incapacité permanente professionnelle

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

1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,

2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,

3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tels qu'ils sont définis par le Code de la Sécurité sociale, l'invalidité correspond à un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au moins égal à 33 %.

Le salarié reconnu en invalidité permanente, ou en incapacité permanente professionnelle (IPP), par la Sécurité sociale perçoit une rente complémentaire à celle de la Sécurité sociale.

Le montant annuel de cette rente, y compris les prestations brutes de CSG et de CRDS versées par la Sécurité sociale et toutes autres rémunérations ou indemnités versées ou maintenues, notamment par l'employeur, est égal à :

CATÉGORIE D'INVALIDITÉ / TAUX D'IPP	MONTANT
2 ^e ou 3 ^e catégorie ou taux d'IPP au moins égal à 66 %	61 % du salaire brut de référence
Taux d'IPP supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %	61 % du salaire brut de référence x 3/2 N

N = taux d'incapacité permanente attribuée au salarié par la Sécurité sociale.

L'assuré ne peut percevoir, compte tenu des sommes versées de toute provenance pour la période indemnisée (prestations Sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement, prestations complémentaires, ...), une somme supérieure à son salaire net d'activité. Dans le cas contraire, les prestations versées par l'Organisme assureur seront réduites à due concurrence.

Les rentes sont versées directement au salarié, mensuellement à terme échu ou, le cas échéant, selon la même périodicité que le versement par la Sécurité sociale des pensions d'invalidité ou des rentes d'incapacité permanente professionnelle, sur production périodique d'un justificatif attestant de la poursuite du versement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale.

■ Durée de l'indemnisation :

Lorsque la Sécurité sociale suspend ou cesse le versement de ses prestations, l'Organisme assureur suspend ou cesse le versement de ses propres prestations.

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

- en cas d'incapacité permanente professionnelle, si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33 %,
- s'il est établi par un médecin contrôleur mandaté par l'Organisme assureur que l'invalidité ou l'incapacité permanente professionnelle n'est plus justifiée,
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de décès du salarié.

NOTA | **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.**

REVALORISATION

Les prestations incapacité de travail et rente d'invalidité en cours de service sont revalorisées le 1^{er} juillet de chaque année selon l'évolution du point de retraite AGIRC. Ces revalorisations ne s'appliquent qu'aux arrêts de travail de plus de 6 mois continus.

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,
- des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.



DÉCÈS

Quel est l'objet de la garantie ?

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

Quels sont les bénéficiaires ?

■ En cas d'invalidité absolue et définitive

- Le salarié.

■ En cas de décès du salarié

Le capital est versé aux bénéficiaires désignés librement par le salarié.

À défaut de désignation particulière par le salarié ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- au conjoint du salarié, non séparé judiciairement, ou à défaut à son partenaire lié par un PACS, ou à défaut à son concubin, et à défaut de conjoint ou de partenaire de PACS ou de concubin, par parts égales entre eux,
- aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
- 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.

À tout moment, et notamment en cas de modification de sa situation personnelle, le salarié peut effectuer une désignation de bénéficiaire différente par courrier adressé à l'Organisme assureur.

Conformément à la loi, cette désignation particulière peut être également établie par acte authentique ou acte sous seing privé.

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

Par ailleurs, quelle que soit la désignation de bénéficiaire applicable, la part de capital correspondant à la majoration pour enfant à charge est versée, par parts égales entre eux, directement à ceux-ci dès leur majorité, à leur représentant légal en qualité durant leur minorité.

■ En cas de double effet

- Les enfants à charge.

Quel est le contenu de la garantie ?

1/ Décès du salarié

En cas de décès du salarié, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est fonction de la situation familiale du salarié au moment de son décès et du caractère accidentel ou non de ce décès.

Ce montant est égal à :

SITUATION FAMILIALE	MONTANT
Assuré célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	70 % du salaire de référence
Assuré marié, pacsé ou vivant en concubinage, sans enfant à charge	80 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	10 % du salaire de référence

2/ Invalidité absolue et définitive du salarié

Invalidité absolue et définitive du salarié

Est considéré en état d'invalidité absolue et définitive, le salarié reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie d'invalide, c'est-à-dire étant absolument incapable d'exercer une profession et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours 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 est assimilée à l'invalidité absolue et définitive pour l'application des garanties décès.

Lorsque le salarié est reconnu en état d'invalidité absolue et définitive, ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux de 100 %, le **capital prévu en cas de décès**, y compris la majoration pour enfant à charge, est versé au salarié par anticipation sur sa demande.

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

3/ Double effet

Le décès du conjoint du salarié, ou partenaire de PACS ou concubin, survenant simultanément ou postérieurement au décès du salarié, entraîne le versement au profit des enfants à charge du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, et qui étaient initialement à charge du salarié au jour de son décès, d'un capital égal au **capital versé au décès du salarié**.

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

4/ Allocation obsèques

En cas de décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin, ou d'un enfant à charge, 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 montant de cette allocation est égal à :

- **100 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Exclusions

■ **Ne sont pas couverts les décès résultant :**

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère,
- d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels le salarié a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis, à charge pour le bénéficiaire d'en apporter la preuve,
- 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.

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.

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

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

DOCUMENTS À FOURNIR	INCAPACITÉ DE TRAVAIL (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES)	INVALIDITÉ / IPP (RENTES)	DÉCÈS, IAD, DOUBLE EFFET, ALLOCATION OBSÈQUES	RENTE ÉDUCATION
Demande d'indemnités journalières, signée de l'employeur	•			
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	•	•	•	
Photocopie des bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement ouvrant droit aux prestations	•	•	•	•
Demande de rente, signée par l'employeur		•		•
Notification d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail, émanant de la Sécurité sociale		•		
Attestation sur l'honneur de non activité rémunérée / Déclaration de ressource		•		
Demande de capital décès, signée par l'employeur			•	
Acte de décès (bulletin de décès)			•	•
Certificat post mortem établi par le médecin spécifiant que le décès est naturel ou accidentel			•	
Copie du livret de famille du défunt ou acte de mariage, à défaut, acte de naissance du défunt			•	
Acte de naissance de chaque enfant bénéficiaire si le livret de famille du défunt n'est pas produit			•	•
Justificatif de la qualité de conjoint, ou à défaut d'ayant droit, ainsi que les numéros de Sécurité sociale des ayants droit			•	
Acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant du salarié ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint et enfants) ou un héritier			•	
Photocopie du dernier avis d'imposition du salarié, et le cas échéant, du concubin ou partenaire de PACS		•	•	•
En présence d'enfants à charge, certificat de scolarité, ou à défaut, pour les enfants de plus de 18 ans, copie du certificat d'apprentissage			•	•
Si personne infirme à charge, carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé			•	•
S'il y a lieu, attestation de concubinage délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, quittance d'électricité, de téléphone, ...)			•	
S'il y a lieu, attestation établissant l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance (attestation de moins de 3 mois)			•	
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3e catégorie (ou IPP = 100%)			•	
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires (le bénéficiaire pouvant être l'assuré)	•	•	•	•
Attestation d'inscription à Pôle emploi (en cas de demande du bénéfice de la portabilité)	•	•	•	•
Copie certifiée conforme du jugement de tutelle nommant le représentant légal des orphelins			•	•
Facture acquittée des frais relatifs aux obsèques de la personne couverte			•	

L'Organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire aux paiements des prestations.

NOTA | Pour toute information, contacter votre employeur.

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITE SOCIALE
35, BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R.

HUMANIS PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE - 7 RUE DE MAGDEBOURG - 75116 PARIS.