



AG2R LA MONDIALE

ACCORD INSTITUANT UN
RÉGIME COLLECTIF ET
OBLIGATOIRE DE
REMBOURSEMENT DE
FRAIS MÉDICAUX ET DE
PRÉVOYANCE
UES AG2R

ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

L'UES « AG2R », représentée par Monsieur André RENAUDIN agissant en qualité de Directeur Général du GIE AG2R et de l'IRC AG2R Agirc-Arrco ayant reçu mandat des entités juridiques composant l'UES pour la conclusion du présent accord, soit :

- Le GIE AG2R, Groupement d'Intérêt Économique, dont le siège social est situé au 14-16 Boulevard Malesherbes 75008 Paris,
- L'IRC AG2R Agirc-Arrco, Institution de retraite complémentaire, dont le siège social est situé au 14-16 Boulevard Malesherbes 75008 Paris,

D'UNE PART,

ET

Les organisations syndicales représentatives au sein de l'UES AG2R :

Le Syndicat CFDT, représenté par Frédéric Labaeye

Le Syndicat CFE-CGC, représenté par Michel Alesso

Le Syndicat CGT, représenté par

Le Syndicat FO, représenté par

Le Syndicat UNSA, représenté par Laurent Ruiz

Le Syndicat Solidaires CRCPM, représenté par Cédric Richard

D'AUTRE PART.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	4
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	6
1.1. OBJET	6
1.2. ADHÉSION DES SALARIÉS.....	6
1.2.1. Salariés bénéficiaires.....	6
1.2.2. Caractère obligatoire de l'adhésion et dispenses.....	7
1.3. PORTABILITÉ	7
1.4. INFORMATION	8
1.4.1. Information individuelle	8
1.4.2. Information collective	8
1.5. SUIVI ET PILOTAGE DES RÉGIMES.....	8
1.6. DURÉE – RÉVISION- DÉNONCIATION	8
1.6.1. Révision de l'accord.....	8
1.6.2. Dénonciation	9
1.6.3. Résiliation du contrat d'assurance.....	9
1.7. DÉPOT ET PUBLICITÉ	10
2. DISPOSITIONS RELEVANT DU RÉGIME DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ »	11
2.1. OBJET DU RÉGIME	11
2.2. DISPENSES D'ADHÉSION	11
2.3. COTISATIONS.....	12
3. MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT D'ANCIENS SALARIÉS.....	14
4. DISPOSITIONS RELEVANT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE	15
4.1. OBJET	15
4.2. CARACTÈRE OBLIGATOIRE.....	15
4.3. COTISATIONS.....	15
4.4. CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR	16
ANNEXE 1 – GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	18



PRÉAMBULE

Au 1er janvier 2021, dans le cadre du projet d'organisation de l'activité retraite complémentaire au sein du Groupe AG2R LA MONDIALE comportant la délimitation du périmètre de l'activité retraite complémentaire et des activités qui y sont attachées ainsi que son transfert (activité, équipes et moyens associés) au sein de l'Institution de Retraite Complémentaire (IRC), l'IRC AG2R Agirc-Arrco est devenue l'employeur des collaborateurs du GIE AG2R identifiés dans l'unité économique autonome de l'activité retraite complémentaire et des activités qui y sont attachées.

En complément, la Direction s'est engagée à ce qu'à compter du transfert des collaborateurs au sein de l'IRC AG2R Agirc-Arrco, à initier des réunions de négociations ayant pour objectif de mettre en place une représentation commune au sein des deux entités employeur suivantes : GIE AG2R et IRC AG2R Agirc-Arrco, via la reconnaissance conventionnelle d'une Unité Économique et Sociale. Et, dans le cas où cette négociation aboutirait, elle réunirait à l'issue du processus électoral organisé au sein de l'UES, les délégués syndicaux afin d'entériner dans les meilleurs délais le statut actuel du GIE AG2R au sein de cette UES.

La constitution de cette Unité Économique et Sociale est intervenue et des représentants du personnel communs ont été mis en place dans ce nouveau périmètre de l'Unité Économique et Sociale AG2R.

Concernant les régimes de santé et de prévoyance, le GIE AG2R RÉUNICA a mis en place, par accord collectif conclu avec les organisations syndicales représentatives le 23 juin 2016, un régime complémentaire obligatoire de remboursement de frais médicaux et de prévoyance au bénéfice de l'ensemble des collaborateurs.

Au terme de deux ans d'application de l'accord, le régime de prévoyance tel qu'adopté en 2016 a dû être adapté, la présentation des résultats faisait apparaître un déséquilibre structurel du régime, dû notamment à la garantie incapacité de travail. Dans ce contexte, les organisations syndicales et la Direction se sont réunies et ont signé un avenant poursuivant principalement plusieurs objectifs :

- Adapter les conditions de financement du régime de prévoyance en augmentant progressivement les cotisations de prévoyance et en partageant la charge et l'augmentation de la cotisation « incapacité de travail » entre l'employeur et les salariés ;
- Modifier les garanties appliquées aux salariés indemnisés au 1er janvier 2019, en cas de classement en invalidité de première catégorie à compter de cette date ;
- Assurer un retour à l'équilibre permettant d'en assurer la pérennité.

Les effets des mesures prises en vue de redresser le régime de prévoyance ont été appréciés lors de la présentation des résultats de l'exercice 2020. À cette date, les parties envisageraient les éventuelles adaptations du régime qui s'avèreraient nécessaires. Au cours de la réunion de commission de suivi du régime de santé et de prévoyance du 13 octobre 2021 ayant pour objet la présentation des résultats des comptes de santé et de prévoyance pour l'année 2020, il a été constaté un déséquilibre structurel du régime de prévoyance ainsi qu'un équilibre fragile du régime de santé.

Dans ce cadre, les délégués syndicaux au sein de l'UES AG2R ont été réunis le 20 octobre 2021 et ont convenu de maintenir les grands principes en matière de complémentaire santé et de prévoyance telles qu'ils avaient été adoptés en 2016 et avenantés en 2018 en y intégrant les adaptations nécessaires tenant compte des constats opérés en commission de suivi.

Dans ce cadre, les mesures suivantes ont été décidées à effet du 1^{er} janvier 2022 :

- Majoration de 16 % de la cotisation prévoyance avec maintien de la répartition actuelle salarié employeur ;
- Pas de majoration de la cotisation santé sur 2022 mais en contrepartie un renforcement de l'obligation de maintenir le contrat à l'équilibre : en cas de dégradation constatée des résultats techniques du



régime, les parties rechercheront un accord en vue de rééquilibrer le régime ; à défaut, un dispositif d'indexation automatique sera déclenché.

Les parties soulignent de nouveau leur engagement à ce que :

- Le contrat de prévoyance puisse bénéficier d'un retour à l'équilibre permettant d'en assurer de nouveau sa pérennité ;
- Le contrat de santé puisse se maintenir à l'équilibre permettant d'en assurer également sa pérennité ;
- Le niveau de garanties santé soit maintenu au bénéfice des collaborateurs.

Les effets des mesures prises seront appréciés lors de la présentation des résultats de l'exercice 2022. À cette date, les parties envisageront les éventuelles adaptations du régime qui s'avèreraient nécessaires.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent accord a pour objet d'assurer une couverture satisfaisante des principaux risques de la vie, de façon durable, tout en recherchant l'équilibre économique du régime.

Il repose sur les principes suivants :

- Assurer une protection sociale aux collaborateurs ;
- Proposer des prestations pour toutes les catégories de personnels et pour l'ensemble des risques considérés ;
- Privilégier, dans la mesure du possible, les modalités de prise en charge susceptibles de responsabiliser les assurés ;
- Piloter le régime de façon paritaire et à l'équilibre afin d'assurer la pérennité du régime ;
- Éviter l'enrichissement sans cause : de ce fait les prestations versées, ajoutées à tout autre versement de même nature, ne peuvent excéder le montant net des salaires de référence ni le montant des frais engagés.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

1.1. OBJET

Cet accord a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés visés à l'article 1.2.1 ci-après, aux contrats collectifs d'assurance souscrits à cet effet par l'employeur auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées, pour information.

1.2. ADHÉSION DES SALARIÉS

1.2.1. Salariés bénéficiaires

1.2.1.1. Couverture de l'ensemble des salariés

Les collaborateurs bénéficient à partir de 2 mois d'ancienneté au sein de l'UES AG2R, du maintien de leur rémunération, dès le premier jour d'absence.

Concernant les autres dispositions, le régime prévu par le présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés de l'UES AG2R.

1.2.1.2. Suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés au contrat « frais de santé » est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Il en est de même pour la garantie décès.

Dans une telle hypothèse, l'UES AG2R verse pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, la même contribution que pour les salariés actifs. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Lorsqu'en l'absence de rémunération versée au salarié, le précompte de la part salariale des cotisations est impossible, le salarié dont le contrat de travail est suspendu est tenu d'adresser, dans le mois suivant la suspension de son contrat, un relevé d'identité bancaire à la Direction des ressources humaines, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Les garanties « frais de santé et décès » sont également maintenues aux salariés en congé sans solde. Les modalités de ce maintien sont précisées dans les notices d'information remises aux salariés qui acquittent intégralement la totalité des cotisations (patronales et salariales).

En cas de changement de garantie des participants en activité, les participants dont le contrat de travail est suspendu sont couverts selon les nouvelles modalités contractuelles.

1.2.2. Caractère obligatoire de l'adhésion et dispenses

L'adhésion au régime des salariés visés à l'article 1.2.1 est obligatoire à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives au sein de l'UES AG2R. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Toutefois, les salariés pourront, s'agissant des garanties « frais de santé », demander à ne pas adhérer au régime dans les conditions définies à l'article 2.2 ci-après.

Pour les garanties « frais de santé », l'adhésion au régime sera également obligatoire pour les ayants-droit des salariés.

1.3. PORTABILITÉ

Aux termes de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs exécutés au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

Il est convenu que le coût de ce maintien de garanties est intégré aux cotisations des régimes de « remboursement des frais médicaux » et de « prévoyance » des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d'information relative aux garanties qui lui a été remise, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.



1.4. INFORMATION

1.4.1. Information individuelle

Chaque collaborateur et tout nouvel embauché aura accès à une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les collaborateurs seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

1.4.2. Information collective

Dans le but de sensibiliser le personnel sur la consommation médicale, l'assureur publiera annuellement une note de synthèse sur le régime afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres/primes et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

1.5. SUIVI ET PILOTAGE DES RÉGIMES

Une commission de suivi et de pilotage du régime (santé – prévoyance), composée de trois représentants par organisation syndicale représentative au sein de l'UES AG2R et de représentants de la Direction, se réunit au moins une fois par an, sur convocation de la Direction. Elle examine les comptes, fait le point de l'évolution du régime et fait les propositions nécessaires à l'équilibre ou à l'adaptation de celui-ci.

Les participants ont également connaissance des résultats du régime des retraités.

Le rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance est communiqué aux participants à la réunion de suivi et de pilotage.

Les documents utiles sont transmis au plus tard sept jours ouvrés avant la date prévue de réunion.

1.6. DURÉE – RÉVISION- DÉNONCIATION

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2022.

Il se substitue à compter de sa date d'effet, aux accords conclus et décisions unilatérales en vigueur au sein du GIE AG2R et de l'IRC AG2R Agirc-Arrco et relatifs aux garanties frais de santé et prévoyance instituées au profit de leurs salariés.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

1.6.1. Révision de l'accord

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.



La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Les parties conviennent que les dispositions relatives aux garanties « frais de santé », au maintien des garanties pour les anciens salariés, aux garanties « prévoyance », sont divisibles et susceptibles de faire l'objet d'une révision partielle, selon les modalités définies ci-avant.

1.6.2. Dénonciation

1.6.2.1. Dénonciation de l'accord

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation, afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue de ce délai.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

1.6.2.2. Dénonciation partielle de l'accord

Les parties conviennent que les dispositions relatives aux garanties « frais de santé », au maintien des garanties pour les anciens salariés, aux garanties « prévoyance », sont divisibles et susceptibles de faire l'objet d'une dénonciation partielle, selon les modalités définies ci-avant.

En cas de dénonciation partielle, les autres dispositions de l'accord, non concernées par la dénonciation, conserveraient tous leurs effets.

La partie de l'accord dénoncée continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle partie qui lui est substituée ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

1.6.3. Résiliation du contrat d'assurance

Les parties conviennent que les dispositions relatives aux garanties « frais de santé », au maintien des garanties pour les anciens salariés et aux garanties « prévoyance », sont divisibles.



À ce titre, la résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance « incapacité, invalidité, décès » entraîne le déclenchement de la procédure de révision sur le « IV » du présent accord à l'initiative de l'employeur selon les modalités prévues par l'article 1.6.1 du présent accord.

De la même façon, la résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance « frais de santé » entraîne le déclenchement de la procédure de révision du « II » du présent accord à l'initiative de l'employeur selon les modalités de l'article 1.6.1 du présent accord.

Dans les deux cas, l'employeur notifie aux organisations syndicales la résiliation du contrat d'assurance et l'engagement, de ce fait, de la procédure de révision.

Dans ce contexte, les parties se réuniront alors dans un délai maximum de 1 mois à compter de la résiliation du contrat d'assurance afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un nouvel accord.

À défaut d'accord avant la fin d'année suivant la notification par l'employeur de la résiliation du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé, visé à la partie « II » du présent accord sera caduque. Parallèlement, en cas de résiliation du contrat d'assurance « incapacité, invalidité, décès », à défaut d'accord avant la fin d'année suivant la notification par l'employeur de la résiliation du contrat d'assurance y afférent, visé à la partie « IV » du présent accord sera caduc.

1.7. DÉPÔT ET PUBLICITÉ

Le présent accord sera déposé conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail. Cet accord fera l'objet d'une publication conformément à l'article L.2231-5-1 du Code du travail. En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein de l'UES AG2R.

Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur intranet.



2. DISPOSITIONS RELEVANT DU RÉGIME DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ »

2.1. OBJET DU RÉGIME

Le régime « frais de santé » a pour objet de couvrir le remboursement des dépenses de santé engagées par les salariés et leurs ayants droit dument affiliés au contrat et bénéficiant à ce titre de la garantie.

2.2. DISPENSES D'ADHÉSION

Sans que cela ne remette en cause le caractère collectif du régime santé mis en place par le présent accord, pourront bénéficier, à leur demande et dans les conditions prévues par la loi, d'une dispense d'adhésion au régime, sans préjudice de l'application de toute évolution législative ou réglementaire ultérieure, les salariés suivants :

- Les salariés pour lesquels la couverture est inférieure à 3 mois dans les conditions visées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale,
- Les salariés bénéficiaires de la CMUC / ACS,
- Les salariés couverts par une assurance individuelle lors de l'embauche, jusqu'à l'échéance de ladite assurance individuelle,
- Les salariés qui bénéficieraient, pour eux-mêmes ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :
- Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale étant précisé que :
 - Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année ;
 - Pour les couples de salariés travaillant au sein de l'UES AG2R, les deux membres du couple peuvent demander à être affiliés au titre de la même adhésion, l'un en propre et l'autre en qualité d'ayant-droit. Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre ces salariés devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la Direction des ressources humaines, et indiquer à cette occasion lequel des deux membres du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime.
- Par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale ;
- Par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
- Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.



Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction des ressources humaines, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. À défaut d'écrit adressé à l'employeur dans les deux mois suivants la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Ces derniers devront déclarer le cadre dans lequel cette dispense est formulée, la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit leur permettant de solliciter cette dispense ou, le cas échéant, la date de la fin de ce droit s'il est délimité dans le temps. Les salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS devront produire une attestation d'ouverture de leur droit émise par la CPAM. Pour les autres salariés, aucun autre justificatif n'est requis. Cette déclaration peut prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur. Le justificatif de la dispense d'adhésion au régime doit être produit annuellement.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

2.3. COTISATIONS

Le taux de cotisation est calculé sous la forme d'une cotisation familiale, en fonction du plafond de la sécurité sociale.*

** Le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 3.428€. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.*

Ainsi, le taux est fixé à :

- 4.96 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le régime général ;
- 3.99 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle.

Les cotisations, ci-dessus définies, sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 60%,
- Part salariale : 40%

Chaque année, les comptes de résultat du régime collectif et obligatoire de remboursement des frais médicaux feront l'objet d'une présentation par l'organisme assureur.

A l'occasion de cette présentation, l'assureur présentera les méthodes et hypothèses ayant conduit à la détermination du résultat prévisionnel de l'exercice en cours ainsi que des résultats projetés de l'exercice suivant. Cette présentation se fera dans le cadre de la commission de suivi des régimes institués par le présent accord.

Lors de cette présentation, un échange aura lieu entre les membres de la commission et l'assureur en vue d'aboutir à une vision partagée des facteurs ayant conduit à la détermination des résultats prévisionnels et partagés. A cette occasion, un focus particulier sera effectué sur les éventuelles circonstances exceptionnelles ayant affecté le résultat qui auraient pour effet d'altérer le régime et d'en déterminer le caractère structurel ou conjoncturel. En considération des résultats du régime, cette analyse permettra d'alimenter les réflexions quant aux éventuelles mesures d'adaptation du régime qu'il conviendrait d'adopter. Dans l'hypothèse de la survenance d'événements de toutes natures rendant atypiques les résultats de l'exercice, cela sera pris en considération dans le calcul du résultat projeté.

En outre un examen sera fait des résultats projetés antérieurement sur l'exercice N-1 par rapport au réalisé.

En cas de dégradation des résultats techniques du régime constatée en réunion, les parties rechercheront un accord en vue du rééquilibrer le régime. Le rapport sinistres / primes (nettes de chargements et de taxes éventuelles) retenu par les parties comme étant un point d'équilibre au-delà duquel le dispositif d'indexation automatique serait déclenché est de 98 %. Ce niveau d'équilibre est le rapport sinistre à prime de l'année dont on détermine le tarif, calculé à partir de l'année N.



À défaut d'accord des parties, les cotisations seront automatiquement réajustées, au premier janvier de l'année suivante au niveau permettant l'équilibre du régime. Cette évolution des cotisations intégrerait une hypothèse d'évolution éventuelle du plafond de la sécurité sociale de l'année N+1.

L'indexation éventuelle interviendrait au 1er janvier de l'année N+1.

En outre,

- Toute modification des régimes obligatoires ayant une conséquence sur les garanties sera impactée dans le régime avec ajustement des cotisations dans les mêmes proportions et des garanties, notamment en cas de désengagement partiel du régime de base de la Sécurité sociale ;
- Toutes taxes ou contributions, présentes ou futures, établies sur le contrat d'assurance, seront impactées automatiquement dans le régime avec ajustement des cotisations ;

L'augmentation de la cotisation sera répartie entre l'employeur et les salariés dans la même proportion que la répartition de la cotisation totale prévue ci-dessus. Pour autant en cas d'une évolution de la cotisation, à l'occasion d'une réunion de négociation, les parties pourront s'entendre sur une répartition différente.

2.4. MODALITÉS DE MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT ACTIF DÉCÉDÉ

Les ayants droit du salarié qui, à la date du décès de ce dernier, bénéficiaient des garanties santé se voient maintenir ces garanties sans contrepartie de cotisation pendant les 12 mois suivant le décès du salarié. La demande de maintien doit être effectuée dans les 6 mois suivant le décès.

Au-delà de cette durée, une assurance individuelle peut être souscrite conformément aux dispositions prévues au III « MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT D'ANCIENS SALARIES » du présent accord.

Par ailleurs, les enfants handicapés du participant, de son conjoint, ou de son concubin, couverts par le contrat frais de santé à la date du décès du salarié bénéficiaire, bénéficient du maintien des garanties à titre gratuit et sans condition de durée.



3. MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT D'ANCIENS SALARIÉS

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'organisme assureur organise le maintien de la couverture sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans les conditions suivantes, au profit :

- Des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans condition de durée. Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties dans un délai de six mois à compter de la rupture de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, de l'expiration du droit à portabilité mentionné ci-dessus ;
- Des personnes garanties du chef de l'assuré décédé pendant une durée de douze mois à compter du décès. Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties dans un délai de six mois à compter du décès.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables sont précisés par l'organisme assureur à l'occasion de la demande de maintien des garanties. Ils s'inscrivent dans les limites fixées par décret et sont communiqués au salarié lors de son adhésion.



4. DISPOSITIONS RELEVANT DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

4.1. OBJET

Le régime de prévoyance a pour objet d'organiser la couverture des salariés au titre des risques d'incapacité, d'invalidité et de décès.

4.2. CARACTÈRE OBLIGATOIRE

Les dispenses proposées dans le cadre du régime « frais de santé » ne s'appliquent pas au présent régime. En conséquence, tous les salariés sont obligatoirement affiliés au régime.

4.3. COTISATIONS

Le taux de cotisation concernant les garanties prévoyance est fixé en pourcentage des salaires bruts annuels déclarés (brut sécurité sociale), par tranche, selon les modalités suivantes :

A compter du 1^{er} janvier 2022 :

	<i>Décès</i>	<i>OCIRP</i>	<i>Incapacité</i>		<i>Invalidité</i>	<i>Total</i>
	<i>100% employeur</i>	<i>100% employeur</i>	<i>Part employeur</i>	<i>Part salarié</i>	<i>100% employeur</i>	
TA	1,56%	0,28%	0,96%	0,23%	0,51%	3,54%
TB/TC	1,56%	0,64%	1,72%	0,58%	1,01%	5,51%

La cotisation salariale est affectée à la couverture du risque « incapacité ».

En outre,

- Toute modification des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux garanties ayant une conséquence sur les garanties sera impactée dans le régime avec ajustement des cotisations et des garanties ;
- En cas de dégradation des résultats techniques du régime, appréciée sur cinq ans, constatée lors de la réunion de suivi et de pilotage, les parties rechercheront un accord. A défaut d'accord entre les parties, dans un délai de trois mois à compter de l'envoi des documents aux participants, et sous réserve des dispositions législatives, les cotisations seront automatiquement réajustées, au 1^{er} janvier, au niveau permettant l'équilibre des régimes.

L'augmentation de la cotisation sera répartie entre l'employeur et les salariés dans la même proportion que la répartition de la cotisation totale prévue ci-dessus. Pour autant en cas d'une évolution de la cotisation, à l'occasion d'une réunion de négociation, les parties pourront s'entendre sur une répartition différente.

4.4. CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

Conformément à l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, l'UES AG2R s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies par le nouvel organisme assureur.



Fait à Paris
Le vendredi 22 octobre 2021

Pour l'UES AG2R

Le Directeur général du GIE AG2R
et de l'IRC AG2R Agirc-Arrco
Monsieur André RENAUDIN

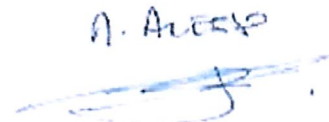


Pour la CFDT

F. LABREVE


Pour la CGT

Pour la CFE-CGC

A. ALBERT


Pour FO

Pour Solidaires CRCPM

C. RICHARD


Pour l'UNSA



ANNEXE 1 – GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
 CCAM : Classification Commune des Actes médicaux
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)
 FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
 HLF : Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PLV : Prix Limites de Vente, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
 € : Euro

Sauf mention contraire, le niveau des prestations défini ci-dessous s'entend **en complément des prestations versées par la Sécurité sociale**. Dans tous les cas, les éventuels niveaux de prestations exprimés en pourcentage des frais réels s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	400 % de la BR	[100 % du TM + 90 % des FR - BR] limité à 400 % de la BR (*)
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC)		
Actes d'anesthésie (ADA)	Adhérents DPTM :	100 % du TM + 480 % de la BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	100 % du TM + 100 % de la BR
Autres honoraires		
Chambre particulière	3,5 % du PMSS par jour	
Frais d'accompagnement		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1 % du PMSS par jour	

(*) BR reconstituée sur la base de remboursement appliquée en secteur conventionné.



TRANSPORT

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % du TM

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux	
Remboursés SS	
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : 400 % de la BR Non adhérents DPTM : 100 % du TM + 100 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : 400 % de la BR Non adhérents DPTM : 100 % du TM + 100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : 400 % de la BR Non adhérents DPTM : 100 % du TM + 100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : 400 % de la BR Non adhérents DPTM : 100 % du TM + 100 % de la BR
Non remboursés SS	
Densitométrie osseuse	Crédit de 75 euros par année civile et par bénéficiaire
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 euros par acte dans la limite de 4 actes par année civile et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues)
Psychomotriciens et ergothérapeutes (uniquement pour les enfants à charge de moins de 16 ans)	50 euros par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues)
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	400 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés SS	400 % de la BR
Médicaments	
Remboursés SS	100 % du TM
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursée SS	100 % du TM
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditifs, dentaires et d'optique)	100 % des FR
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % du TM



AIDES AUDITIVES	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31/12/2020 :	
Aides auditives remboursées SS	
Aides auditives	100 % du TM + [crédit de 65 % du PMSS par oreille, par année civile et par bénéficiaire]
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % du TM
A COMPTER DU 01/01/2021 :	
Equipements 100 % Santé (**)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	
Equipements libres (****)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire (***)	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) (***)	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés SS (*)	100 % du TM

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II tels que définis réglementairement.



DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlays core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	350 % de la BR dans la limite des HLF	
Inlay core	200 % de la BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	375 % de la BR dans la limite des HLF	
Panier libre (***)		
Inlay, onlay	350 % de la BR	
Inlay core	200 % de la BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	375 % de la BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % du TM	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	325 % de la BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « Implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 20 % du PMSS par implant, dans la limite de 2 implants par année civile et par bénéficiaire	
Parodontologie	Crédit de 6,60 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Orthodontie	325 % de la BR	
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	400 % de la BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % Santé, **tels que définis réglementairement.**

(**) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)	
Monture de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Monture de Classe A : Enfant - de 16 ans (**)	
Verres de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	
Verres de Classe A : Enfant de - 16 ans (**)	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Equipements libres (***)	
Monture de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 € (RSS inclus)
Monture de Classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la GRILLE OPTIQUE ci-après en fonction des types de verres
Verres de Classe B : Enfant de - 16 ans (**)	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % du TM
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % du TM
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la SS	100 % des FR
Lentilles refusées par la SS (y compris jetables)	Crédit de 6 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 26 % du PMSS par œil, par année civile et par bénéficiaire



(*) Equipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, **tels que définis réglementairement.**

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement

❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

❖ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.



GRILLE OPTIQUE « VERRES DE CLASSE B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € (RSS inclus) par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	130 €	130 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	130 €	130 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	130 €	130 €
		SPH > 0 et S > + 6	270 €	270 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300 €	300 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
MULTIFOCALUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	300 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	100 % des FR
Frais de voyage et hébergement	20 % du PMSS (*)
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (**)	20 % du PMSS
Garantie Assistance	
PRIMA ASSISTANCE	Convention n° 620339
Téléconsultation médicale	oui

(*) PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure.

(**) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.



ANNEXE 2 – GARANTIES DU RÉGIME PRÉVOYANCE

Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Réunica Prévoyance
Incapacité temporaire de travail	
En relais au maintien de salaire par l'employeur	100 % de la 365 ^e partie du salaire de référence net ⁽¹⁾
Incapacité permanente	
Salarié classé en invalidité avant le 1^{er} janvier 2019	
• Quelle que soit la catégorie	100 % du salaire de référence net ⁽¹⁾
Salarié classé en invalidité après le 1^{er} janvier 2019	
• 1 ^{re} catégorie	30 % du salaire de référence brut Tranche A + 60 % du salaire de référence brut Tranche B + 60 % du salaire de référence brut Tranche C ⁽²⁾ dans la limite de 100 % du salaire net d'activité
• 2 ^e et 3 ^e catégorie	100 % du salaire de référence net ⁽¹⁾
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
Taux supérieur à 33 %	100 % du salaire de référence net ⁽¹⁾

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Le salaire de référence net est obtenu en abattant ce salaire de référence brut du taux de charges sociales salariales.

(2) En complément des prestations brutes versées au titre de la Sécurité sociale et du salaire partiel éventuellement maintenu par l'employeur.



Décès ou invalidité permanente totale et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Réunica Prévoyance
Décès du salarié par maladie	
Capital de base en fonction de la situation de famille , hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	215 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, avec ou sans enfant à charge	300 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	300 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	65 % du salaire de référence
Décès du salarié par accident⁽¹⁾	
Capital de base en fonction de la situation de famille , hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	323 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, avec ou sans enfant à charge	450 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	450 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	98 % du salaire de référence
Décès du salarié par accident de la circulation reconnu comme accident du travail	
Capital de base en fonction de la situation de famille , hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	645 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, avec ou sans enfant à charge	900 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	900 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	195 % du salaire de référence
Nature des garanties	Prestations AG2R Réunica Prévoyance
Invalidité permanente totale et définitive	
À la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente totale et définitive	50 % du capital décès par maladie
Au décès du salarié ⁽²⁾	50 % du capital décès par maladie
Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin	
Nouveau capital	100 % du capital décès par maladie
Prédécess⁽³⁾	
Du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin	1/3 du PASS
Frais d'obsèques	
D'un enfant à charge	25 % du PMSS
Rente éducation⁽⁴⁾	
Jusqu'à 11 ans inclus	6 % du salaire de référence
De 12 à 16 ans inclus	8 % du salaire de référence
De 17 à 25 ans inclus si poursuite d'études	10 % du salaire de référence
Orphelin de père et de mère	Doublement de la rente versée



Rentes de conjoint/d'orphelin OCIRP

Rente de conjoint temporaire (les pacsés et concubins sont assimilés au conjoint)	60 % des droits de retraite réellement acquis par le salarié à la date de son décès auprès des caisses de retraite complémentaire auxquelles il a été assujéti (ARRCO et/ou AGIRC), hors forfaits, garanties et majorations familiales
Rente de conjoint viagère (les pacsés et concubins sont assimilés au conjoint)	(60 % des droits de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC acquis par le salarié au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales) x (année de l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein – année du décès) ⁽⁵⁾
Majoration des rentes de conjoint	10 % par enfant à charge
Rente d'orphelin	(50 % des droits de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC acquis par le salarié au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales) x (année de l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein – année du décès) ⁽⁵⁾
Garantie substitutive pour les salariés célibataires, veufs, divorcés	43, 75 % du salaire de référence TA + 100 % du salaire de référence TB et TC

(1) Autre qu'accident de la circulation reconnu comme accident du travail.

(2) Si celui-ci intervient avant la suspension ou la cessation des garanties.

(3) La garantie « prédécès » ne s'applique pas en cas de versement de la prestation de la garantie « double effet » au titre du décès simultané.

(4) Pour les enfants à charge reconnus invalides ou handicapés avant leur 21^e anniversaire, titulaires de la carte d'invalidé civil et bénéficiant de l'allocation pour les adultes handicapés, ou à défaut, percevant des revenus inférieurs ou égaux à 150 % de l'allocation pour adultes handicapés, la rente versée devient viagère.

(5) La différence minimale retenue pour le calcul (année de l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein – année du décès) est de 5.

PASS = plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

