

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE GROS
DU 23 JUIN 1970**

Prévoyance

Régime de prévoyance conventionnel

NOTICE D'INFORMATION n° 3365

« Personnel non cadre »

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE	5
RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE	5
INFORMATION DES SALARIÉS	5
LES GARANTIES DU RÉGIME	6
LA GARANTIE DÉCÈS INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)	6
LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	7
LA GARANTIE INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)	8
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE	10
QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES	10
SUSPENSION DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	10
TERME DES GARANTIES	11
PORTABILITÉ DES DROITS	11
QUAND CESSENT VOS GARANTIES	12
RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	12
SALAIRE DE RÉFÉRENCE	12
REVALORISATION	13
VERSEMENT DES PRESTATIONS	13
PRESCRIPTION	13
LES EXCLUSIONS	14
DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ, DE L'INVALIDITÉ ET DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.	14
SUBROGATION	14
DÉFINITIONS	14
PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	14
JUSTIFICATIFS	17
PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	17
PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR	18

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),
reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties prévoyance souscrites auprès de
Malakoff Humanis Prévoyance par mon entreprise relevant de la Convention collective nationale des
Commerces de gros (IDCC 573)
.....
.....

À le

Signature :

PRÉSENTATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Commerces de gros (BOCC n° 3044).

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord de branche du 18 janvier 2010, un régime complémentaire de prévoyance au plan national, obligatoire, modifié en dernier lieu par l'avenant n° 1 du 23 janvier 2014, bénéficiant à l'ensemble du personnel « non-cadre »* relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée, comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Les partenaires sociaux ont recommandé en tant que co-assureurs et gestionnaires du régime de prévoyance, les deux institutions de prévoyance suivantes, régies par le livre IX du Code de la sécurité sociale :

AG2R PRÉVOYANCE

14 -16, boulevard Malesherbes - 75008 Paris.

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

21 rue Laffitte - 75009 Paris

L'Accord national de prévoyance entre en vigueur le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la publication au journal officiel de l'arrêté d'extension.

AG2R PRÉVOYANCE et MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

INFORMATION DES SALARIÉS

Chaque salarié, dénommé ci-après « l'assuré », reçoit une notice d'information relative au contenu du régime de Prévoyance.

Elle s'applique à compter du 1^{er} avril 2014.

Pour toute question liée à la gestion du régime, votre organisme assureur est à votre disposition.

* Par « non-cadre », on entend le personnel ouvrier, employé, technicien et agent de maîtrise, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas de l'article 4 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

LES GARANTIES DU RÉGIME

LA GARANTIE DÉCÈS INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)

Quel est l'objet de la garantie)

Garantir le versement d'une prestation lorsque survient le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Que prévoit la garantie

Versement d'un capital en cas de décès toutes causes de l'assuré

En cas de décès d'un assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) un capital dont le montant est égal à 60 % du salaire de référence (voir définition page 11), quelle que soit la situation familiale de l'assuré à son décès.

Versement d'un capital en cas d'invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré

Lorsque l'assuré est en état d'invalidité absolue et définitive, le capital prévu ci-dessus en cas de décès peut être versé à l'assuré par anticipation sur sa demande. **Ce versement par anticipation met fin à la garantie en cas de décès de l'assuré.**

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

Invalidité absolue et définitive (IAD)

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

Versement d'un capital en cas de décès du conjoint postérieur ou simultané au décès de l'assuré (double effet)

Le décès du conjoint ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du Code civil (non remarié ou uni par un nouveau lien de Pacs) ou de son concubin tel que défini au paragraphe « Quels sont les bénéficiaires » ci-après, survenant postérieurement ou simultanément au décès de l'assuré et alors qu'il reste des enfants à charge, entraîne le versement au profit de ces derniers d'un capital égal au capital garanti sur la tête de l'assuré à son décès.

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

Le capital est versé sous réserve de l'adhésion effective de l'entreprise au régime national de référence, au jour du sinistre.

Sont considérés comme **enfants à charge** pour l'application des présentes dispositions, les enfants de l'assuré et de son conjoint ou partenaire lié par un Pacs ou de son concubin tel que défini au paragraphe « Quels sont les bénéficiaires » ci-après, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition, soit :
 - qu'ils poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employés dans un Établissement ou structure d'aide par le travail en tant que travailleur handicapé,

- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles concernant la carte d'invalidité, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 26^e anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 26 ans sous conditions).

Quels sont les bénéficiaires

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

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à l'organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque (prédéces de tous les bénéficiaires), le capital est versé comme suit :

- en premier lieu au conjoint survivant de l'assuré non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515.1 du Code civil, à défaut au concubin notoire et permanent (ces derniers doivent toujours avoir cette qualité au jour du décès), l'assureur n'étant tenu qu'à un seul versement au bénéficiaire apparent ;
- à défaut de ceux-ci, le capital est versé par parts égales entre eux :
 - aux enfants de l'assuré, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, à ses petits enfants,
 - à défaut de descendants directs, aux parents survivants et, à défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
 - à défaut de tous les susnommés, aux héritiers.

À tout moment, et notamment en cas de modification de la situation personnelle de l'assuré, ce dernier peut effectuer une désignation différente. Cette désignation doit être notifiée à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

On entend par **concubin** la personne vivant en couple avec l'assuré au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515.8 du Code civil.

De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent 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.

Conditions de règlement des prestations

Les capitaux sont versés en une seule fois à réception des pièces visées au tableau récapitulatif des pièces à fournir, et sous réserve, le cas échéant pour l'invalidité absolue et définitive.

LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Quel est l'objet de la garantie

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

Définition de l'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 – du Titre II du Code de la sécurité sociale).

Quel est le début de l'indemnisation

Les prestations sont servies à l'issue de l'indemnisation de l'employeur résultant des obligations de maintien de salaire telles que définies dans la Convention collective nationale des Commerces de Gros (article 53 des dispositions générales et article 6 des avenants catégoriels applicables aux techniciens et agents de maîtrise). Concernant les assurés n'ayant pas l'ancienneté minimale requise en application de ces textes pour bénéficier du maintien de salaire, les indemnités journalières seront versées à l'issue d'une franchise fixe et continue de 60 jours.

Quel est le montant de la prestation

L'assuré bénéficie du versement d'une indemnité journalière dont le montant, y compris la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale) est égal à **60 % de la 365^e partie du salaire de référence défini ci-après en pages 10/11.**

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

Quelle est la durée de l'indemnisation

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

- à la date de reprise du travail ;
- à la date de cessation des prestations de la Sécurité sociale, ou au 1095^e jour d'arrêt de travail pour les assurés ne remplissant pas les conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces de cet organisme ;
- à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle ;
- au décès de l'assuré.

Conditions de règlement des prestations

Les indemnités journalières sont versées après réception des justificatifs de prise en charge par la Sécurité sociale ou selon les modalités fixées pour l'assuré n'ayant pas effectué un nombre d'heures suffisant ou n'ayant pas réglé un montant de cotisation suffisant pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité sociale) :

- à l'entreprise pour le compte de l'assuré tant que son contrat de travail est en vigueur ;
- directement à l'assuré après la rupture de son contrat de travail.

En cours de versement des prestations, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme les situations de suspension, cessation ou réduction d'indemnités journalières que la Sécurité sociale aura mis en œuvre dans le cadre du contrôle de la justification de l'arrêt de travail du salarié, réalisé soit directement par la Sécurité sociale soit dans l'exercice du droit de contre-visite de l'employeur. Les indemnités journalières complémentaires versées indûment font l'objet d'une récupération de l'indu auprès de l'assuré.

LA GARANTIE INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)

Quel est l'objet de la garantie

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

Invalidité

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 (Article R.341-2 du Code de la sécurité sociale) et entraînant le classement dans l'une des catégories d'invalides visées à l'article L.341-4 du Code de la sécurité sociale :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ou une activité lui procurant gain ou profit,
- 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.

L'invalidité doit être justifiée par une notification de classement dans la même catégorie d'invalides de la Sécurité sociale.

Quel est le montant de la prestation

Le montant annuel de la prestation complémentaire servie, y compris la prestation brute de CSG et de CRDS de la Sécurité sociale (reconstituée de manière théorique pour les assurés n'ayant pas rempli les conditions requises pour ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité sociale), représente :

- En cas d'invalidité 1^{re} catégorie de la Sécurité sociale : **36 % du salaire de référence défini en page 10 ;**
- En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ou d'incapacité permanente professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 66 % : **60 % du salaire de référence défini en page 10 ;**
- En cas d'incapacité permanente professionnelle d'un taux compris entre 33 et moins de 66 % : **R x 3 n/2 (« R » étant la rente d'invalidité versée en cas d'invalidité de 2^e catégorie et « n » le taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale).**

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

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

Pour ouvrir droit à garantie, l'arrêt de travail initial de l'assuré doit intervenir **postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au régime de Prévoyance.**

Quelle est la durée de l'indemnisation

La garantie cesse dans tous les cas à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré.

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

- à la date de reprise du travail ;
- le jour où le taux d'incapacité permanente professionnelle est devenu inférieur à 33 % en ce qui concerne les rentes d'incapacité permanente ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré,
- au décès de l'assuré.

Conditions de règlement des prestations

La rente d'invalidité est versée à l'assuré par mois civil à terme échu et, en cas de décès, avec paiement prorata temporis au conjoint survivant de l'assuré ou à défaut de conjoint survivant, aux enfants à charge au sens fiscal ; sans arrérage au décès en l'absence de conjoint ou d'enfant à charge.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Conjoint

Conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

Concubin

Personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Partenaire lié par un Pacs

Personne liée au participant par un Pacte Civil de Solidarité.

Participant

Personne physique affiliée au contrat, relevant de la catégorie de personnel visée au contrat.

BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Est bénéficiaire, l'ensemble des assurés « non-cadres »* de l'entreprise relevant du champ d'application de la Convention collective nationale des Commerces de gros :

- à compter de la date d'effet de l'adhésion de leur employeur au régime de prévoyance national de référence pour les assurés inscrits au registre du personnel à cette date.
- à compter de la prise d'effet de leur contrat de travail pour les assurés embauchés ultérieurement. Est considérée comme salarié, la personne titulaire d'un contrat de travail (en vigueur ou suspendu notamment pour cause de maladie ou d'accident) dans l'entreprise, quelle qu'en soit la nature.

L'affiliation des assurés visés ci-dessus présente un caractère obligatoire.

Pour la mise en œuvre des dispositions qui suivent, le salarié remplissant les conditions ci-dessus requises pour bénéficier des garanties est dénommé « l'assuré ».

QUAND DÉBUTENT VOS GARANTIES

- **Dès la date d'entrée en vigueur des garanties**, telle que définie ci-dessus, pour les assurés sous contrat de travail dans l'entreprise et inscrits au registre du personnel de l'entreprise,
- **dès votre embauche**, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur des garanties,
- **tant que vous relevez de la catégorie de personnel** prévue au régime de prévoyance national de référence.

SUSPENSION DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations, à l'assuré :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Par exception, dès lors que l'assuré dont le contrat de travail est en vigueur, bénéficie de prestations pour maladie ou accident du régime de prévoyance liées à une Incapacité temporaire de travail, une invalidité ou une Incapacité permanente de travail, le maintien de garanties intervient sans contrepartie de cotisations à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de l'organisme tant que dure l'indemnisation complémentaire de l'assureur. Toutefois, lorsque l'assuré perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire, les cotisations patronales et salariales au régime de prévoyance restent dues sur la base du salaire réduit.

Le maintien des garanties est assuré à l'intéressé pendant la durée du contrat d'adhésion de son entreprise :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu (indépendamment de toute application éventuelle d'un dispositif de portabilité pris notamment en application de l'article 14 de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail et mis en œuvre selon les modalités fixées à l'article « portabilité des droits » ;

*Par « non-cadre », on entend le personnel ouvrier, employé, technicien et agent de maîtrise, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas de l'article 4 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14.03.1947.

- en cas de rupture du contrat de travail, tant que l'assuré perçoit des prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie ou de l'accident (indemnités journalières, rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail), sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

TERME DES GARANTIES

La garantie se poursuit pour chaque assuré pendant toute l'adhésion de son entreprise au régime de Prévoyance national de référence et cesse à la date de rupture de son contrat de travail, sauf mise en œuvre de la portabilité des droits prévue à l'article ci-après et établie en application de l'article 14 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008.

PORTABILITÉ DES DROITS

Le présent régime organise le maintien des garanties dit « portabilité », en application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Bénéficiaires du maintien des garanties

Les anciens assurés bénéficient du maintien des garanties :

- lorsque les droits à couverture complémentaire au titre du contrat d'adhésion au régime de Prévoyance national de référence ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- lorsque la rupture ou la fin 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, à la condition d'être effectivement indemnisés à ce titre.

Durée/Limites

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque l'assuré reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès de l'assuré ainsi qu'en cas de non-renouvellement ou résiliation de l'adhésion au présent contrat national de référence.

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

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou l'assuré doit :

- Signaler le maintien des garanties visées par le présent article dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- Informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant la durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi dans l'attente de l'envoi de l'attestation justifiant l'indemnisation par l'Assurance chômage.

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

Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- la cessation de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage (quel qu'en soit le motif),
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Garanties

Lorsque la garantie incapacité de travail « maintien de salaire » ou « mensualisation » est expressément prévue au contrat de prévoyance collective, cette garantie n'est pas maintenue au titre du dispositif de portabilité.

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini ci-après page 11, étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

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

Incapacité de travail

Les indemnités journalières complémentaires sont calculées conformément aux dispositions du présent régime de Prévoyance. Toutefois le cumul des indemnités journalières servies par le régime général de la Sécurité sociale* et du présent régime de Prévoyance, sera plafonné au montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle le bénéficiaire a droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période s'il n'avait pas été en arrêt de travail. Par conséquent le versement des indemnités journalières complémentaires prendra fin à la date à laquelle les droits à allocations-chômage que l'intéressé aurait perçus s'il n'avait pas été en arrêt de travail seront inférieurs aux prestations Sécurité sociale.

Dans tous les cas l'indemnisation intervient après une franchise fixe et continue de 60 jours.

Paiement des prestations

L'assuré adresse à l'organisme assureur les demandes de prestations accompagnées des pièces justificatives définies ci-dessus.

Devront en outre être produites, si elles ne l'ont pas été auparavant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation-chômage. Les prestations seront versées directement aux assurés, ou au (x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

QUAND CESSENT VOS GARANTIES

Les garanties du régime conventionnel de Prévoyance cessent au plus tard :

- À la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise consécutive à la dénonciation du régime de Prévoyance prévu par l'accord de branche du 18 janvier 2010 (portant sur la création d'un régime de Prévoyance collective dans la Convention collective nationale des Commerces de gros n° 3044),
- À la date d'effet de la radiation de l'entreprise acceptée par l'organisme assureur, consécutive notamment au changement de secteur d'activité,
- À la rupture du contrat de travail de l'assuré.

RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Effets sur les garanties

Le droit à garantie cesse en cas de résiliation de l'adhésion (y compris le maintien des garanties organisé dans le cadre du dispositif de portabilité et du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail).

Toutefois la garantie décès (Capital décès, invalidité absolue et définitive) est maintenue durant la période pendant laquelle l'assuré est en état d'incapacité de travail ou d'invalidité/incapacité permanente professionnelle, conformément aux dispositions prévues à l'article 7.1 de la loi n° 89-1009 du 31.12.1989.

Effets sur les prestations

En cas de résiliation de l'adhésion, les indemnités journalières et les rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaire en cours de versement, continueront d'être servies jusqu'à leur terme.

En outre, en application de l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, les assurés malades ou invalides à la date de la résiliation bénéficieront d'une revalorisation de leurs prestations et de la base de calcul de leur garantie décès à un niveau au moins aussi favorable que celles qui auraient résulté du contrat résilié. Cette obligation sera prise en charge par les organismes assureurs dans la limite des résultats financiers et techniques du contrat national de référence.

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire de référence est la base de calcul des prestations servies.

Il est égal à la somme des rémunérations brutes soumises à cotisations de Sécurité sociale, conformément à l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, hors avantages en nature, au cours des douze derniers mois civils précédant celui au cours duquel est intervenu l'événement entraînant la mise en œuvre des garanties.

La période prise en compte est celle précédant :

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

En cas d'activité incomplète au cours de la période de référence (maladie, embauche en cours d'année, etc.) le salaire est reconstitué prorata temporis.

Le salaire brut de référence est pris en compte dans la limite des tranches A et B suivantes :

- **Tranche A (TA)** : partie du salaire brut de référence limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- **Tranche B (TB)** : partie du salaire brut de référence comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

REVALORISATION

Les prestations complémentaires d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle sont revalorisées selon l'évolution du point de retraite Arrco dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat national de référence.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par l'organisme assureur sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de l'entreprise, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs requis mentionnés dans le tableau joint ci-après.

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

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances (article applicable aux institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale par renvoi de l'article L. C2-23 du Code de la sécurité sociale), les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par l'organisme assureur à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par l'organisme assureur du décès.

PRESCRIPTION

Toutes actions et demandes de prestations concernant les garanties prévues ci-dessus, ne sont pas recevables, sauf cas de force majeure, au-delà d'un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à 10 ans pour les garanties en cas de décès lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré. La prescription est de 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

Ces dispositions sont appliquées dans les conditions prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par les dispositions en vigueur (article L.932-13 du Code de la sécurité sociale et articles L.114-1 et suivants du Code des assurances).

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 ont ignoré jusque-là.

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

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

Elle est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'assuré et pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue 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 avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

LES EXCLUSIONS

Ne sont pas garanties, les conséquences limitativement énumérées ci-après :

- 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, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- les 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.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès.

Le capital est versé aux autres bénéficiaires déterminés selon la dévolution prévue au régime de prévoyance, figurant page 5, à l'exception de ceux reconnus comme co-auteurs ou complices.

DÉTERMINATION DE L'INCAPACITÉ, DE L'INVALIDITÉ ET DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL N'AYANT PAS D'OUVERTURE DE DROITS AU TITRE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

À défaut d'un décompte de la Sécurité sociale, l'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire de travail, de l'invalidité et de l'incapacité permanente professionnelle est subordonnée à la production d'un certificat médical et de l'attestation de non prise en charge par la Sécurité sociale. L'éventuel classement en invalidité ou la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle, ainsi que l'appréciation du niveau de celles-ci, est effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur ayant recueilli l'adhésion, en accord avec le médecin traitant de l'assuré et selon les barèmes utilisés par la Sécurité sociale.

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

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

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

La durée de service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle complémentaires ainsi que leur cessation sont déterminées par le médecin-conseil de l'organisme par référence aux dispositions prévues au présent régime de prévoyance.

SUBROGATION

En cas de paiement de prestations complémentaires à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé à l'assuré victime qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées par l'organisme.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les organismes assureurs recommandés déterminent ensemble les finalités et les moyens des traitements de données personnelles nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, dans les conditions de la convention de coassurance qui les lie. Pour la réalisation de ces opérations, les coassureurs agissant en qualité de responsables conjoints, collectent et traitent des Données personnelles des bénéficiaires en conformité avec la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et, en particulier, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »), ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les coassureurs se sont attribués respectivement les rôles et les obligations résultant du traitement des Données personnelles des Personnes concernées, bénéficiaires des contrats d'assurance considérés, afin de garantir le respect de la Réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles.

NOTA

La qualité de salarié, conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs, d'enfants et personnes à charge, s'apprécie au jour du sinistre.

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont collectées et traitées par l'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Les catégories de données utilisées pour l'accomplissement de ces finalités sont les suivantes :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés ;
- des données de santé nécessaires aux fins de l'exécution des obligations incombant à l'organisme assureur en matière de protection sociale, dans les conditions prévues par la loi Informatique et Libertés et l'article 9 du RGPD. À ce titre, les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Les données à caractère personnel relatives à la santé des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;
- le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

Les données à caractère personnel des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux adhérents au travers de :

- l'exercice des recours dans le cadre de la gestion des réclamations et des contentieux ;
- 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 en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle des bénéficiaires et de leurs contrats ;
- la lutte contre la fraude en assurance, 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 aux obligations légales et réglementaires incombant à l'organisme assureur, notamment :

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

L'organisme assureur peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à ses obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal ou non renseignées.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès ou la rectification des données les concernant. Les bénéficiaires disposent, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de leurs données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation du traitement de ces données. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Les bénéficiaires disposent, en outre, du droit de s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection commerciale à tout moment et sans frais. Un justificatif d'identité pourra leur être demandé par l'organisme assureur pour confirmer leur identité avant de répondre à leur demande.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier, à l'attention du Délégué à la protection des données de votre organisme assureur, aux coordonnées suivantes :

Pour AG2R Prévoyance : à AG2R LA MONDIALE : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour Malakoff Humanis Prévoyance : à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés : 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 ou par courriel à dpo@malakoffhumanis.com.

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

L'organisme assureur apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

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

<https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>,

<https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/>

JUSTIFICATIFS

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

DOCUMENTS À FOURNIR	Incapacité temporaire de travail	Incapacité / Invalidité permanente professionnelle	Décès
Demande d'indemnités journalières, signée de l'entreprise	✓		
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	✓		
Certificat médical prescrivant l'arrêt de travail initial ou sa prolongation	✓	✓	
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail initial (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin du contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)	✓	✓	
Attestation sur l'honneur de non-activité rémunérée	✓	✓	
Demande de rente, signée de l'entreprise		✓	
Notification d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente professionnelle en cas d'accident du travail/maladie professionnelle, émanant de la Sécurité sociale		✓	
Demande de prestations en cas de décès, signée de l'entreprise			✓
Acte de décès			✓
Copie du livret de famille du défunt ou un acte de mariage, à défaut un 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			✓
S'il y a lieu, une attestation de concubinage délivrée par la mairie, une photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants en commun avec l'assuré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer aux deux noms, quittance d'électricité, téléphone...)			✓
S'il y a lieu, une attestation établissant l'engagement dans les liens d'un Pacs, délivrée par le greffe du tribunal d'instance ou de grande instance (attestation de moins de 3 mois)			✓
Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré et, le cas échéant, du concubin ou partenaire de Pacs			✓
S'il y a lieu, acte de naissance de chaque bénéficiaire lorsque le bénéficiaire est un ascendant de l'assuré ou un bénéficiaire désigné (autre que conjoint, concubin, partenaire de Pacs et enfants) ou un héritier			✓
En présence d'enfants à charge, un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 16 ans, ou à défaut toutes pièces justifiant de la qualité d'enfant à charge			✓
S'il y a lieu, copie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens de l'enfant mineur pour le versement des prestations le concernant			✓
Notification de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale 3 ^e catégorie pour ouvrir droit à l'invalidité absolue et définitive			✓
Justificatifs utiles de l'identité, la qualité et l'adresse des bénéficiaires			✓
Copie des bulletins de salaires couvrant la période de référence correspondant aux 12 derniers mois civils précédant le décès ou l'arrêt de travail initial lorsque une période de maladie ou d'invalidité a précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive (étant précisé que la période prise en compte est celle précédant la date de rupture ou de fin de contrat de travail de l'assuré dans le cadre du dispositif de portabilité)			✓

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR

Dans le cadre d'une demande de prestation au titre du dispositif de portabilité.

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



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis
21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com



AG2R LA MONDIALE

AG2R PREVOYANCE

14-16 boulevard Malesherbes
75008 Paris

