



Prévoyance



Santé

SALARIÉS

Régime de prévoyance et de santé

Salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles
et ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon
et du département du Vaucluse

Notice d'Information



AGRI PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 —	Présentation du régime	4
ARTICLE 1-1	SON OBJET	4
ARTICLE 1-2	SA DURÉE	4
ARTICLE 1-3	GROUPE ASSURÉ	4
ARTICLE 1-4	COTISATIONS	5
ARTICLE 1-5	FAUSSE DÉCLARATION	6
ARTICLE 1-6	PRESCRIPTION	6
ARTICLE 1-7	RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	6
ARTICLE 1-8	INFORMATIQUE ET LIBERTÉ	6
ARTICLE 1-9	RÉCLAMATIONS-MÉDIATION	7
Titre 2 —	Garantie frais de santé	8
ARTICLE 2-1	OBJET	8
ARTICLE 2-2	BÉNÉFICIAIRES	8
ARTICLE 2-3	AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 2-4	DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D'AFFILIATION	9
ARTICLE 2-5	EXTENSION FACULTATIVE DE VOS AYANTS-DROIT	10
ARTICLE 2-6	MONTANT DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-7	LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	10
ARTICLE 2-8	ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-9	CESSATION DE LA GARANTIE	11
ARTICLE 2-10	MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	12
ARTICLE 2-11	MAINTIEN DE LA GARANTIE SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL	12
ARTICLE 2-12	MODALITÉS D'AFFILIATION ET DE MODIFICATION DE SITUATION	13
ARTICLE 2-13	MODALITÉS DE RENONCIATION/RÉSILIATION DE L'EXTENSION FACULTATIVE DE VOS AYANTS-DROIT	13
ARTICLE 2-14	RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	14
Titre 3 —	Garanties prévoyance	16
ARTICLE 3-1	GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	16
ARTICLE 3-2	GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL	17
ARTICLE 3-3	REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	18
ARTICLE 3-4	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES EN CAS D'ASSUREURS SUCCESSIFS	18
ARTICLE 3-5	CONTRÔLE MÉDICAL DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL	18
ARTICLE 3-6	EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 3-7	CESSATION DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 3-8	GARANTIE DÉCÈS	19
ARTICLE 3-9	INDEMNITÉ FRAIS D'OBSÈQUES	23
ARTICLE 3-10	EXCLUSIONS DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 3-11	CESSATION DE LA GARANTIE	24
ARTICLE 3-12	MAINTIEN DE LA GARANTIE	24
Titre 4 —	Action sociale	26
Annexe 1 —	Définitions garantie santé	28
Annexe 2 —	Tableau des garanties santé	30
Annexe 3 —	Services d'assistance à destination des assurés	34
Annexe 4 —	Définitions prévoyance	36
Annexe 5 —	Modalités d'affiliation, de modification de situation et de règlement des prestations	37
Annexe 6 —	Pièces à fournir pour le règlement des prestations prévoyance	38
Annexe 7 —	Vos contacts	40

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de la Convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996, ont souhaité faire bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé et prévoyance, les salariés non cadres relevant de la Convention collective précitée.

Les garanties ont été mises en place par la Convention collective des Entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996 pour la prévoyance et par l'accord collectif du 27 août 2009 pour la santé.

Ces deux régimes ont fait l'objet d'une révision partielle par l'**avenant n°2 du 10 juin 2013 de l'accord précité pour les garanties santé et l'avenant n°25 du 10 juin 2013 à la convention collective du 25 mars 1996 pour les garanties prévoyance**, prenant effet au 1^{er} janvier 2014.

Les régimes frais de santé et prévoyance dans leur version en vigueur, sont mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif :

- à **adhésion obligatoire** pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de l'accord précité ;
- à **affiliation obligatoire** pour l'ensemble des salariés non cadres de ces entreprises, tels que définis par l'accord précité.

Les partenaires sociaux ont désigné en qualité d'assureur des garanties l'Institution de prévoyance AGRI PRÉVOYANCE, régie par les dispositions de l'article L727-2 II du Code rural et dont le siège social se situe 21, rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08, ci-après également dénommée « l'Institution ».

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations de l'ensemble des garanties et le versement des prestations santé et incapacité temporaire de travail aux caisses de Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRI PRÉVOYANCE.

La présente notice, qui a pour objet de décrire l'ensemble des garanties du régime dont vous bénéficiez, se compose de quatre titres principaux :

- le Titre 1 vous présente le régime ainsi qu'un ensemble de règles communes aux garanties santé et prévoyance ;
- le Titre 2 vous expose la garantie frais de santé ;
- le Titre 3 vous décrit les garanties incapacité de travail et décès ;
- le Titre 4 vous présente l'action sociale.

Titre 1 — Présentation du régime

ARTICLE 1-1 Son objet

Le régime de prévoyance et de frais de santé mis en place par les partenaires sociaux a pour objet de vous assurer, dans les conditions exposées dans le Titre 2 et le Titre 3 de la présente notice :

- le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées pour votre compte en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés ;
- le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou un accident ;
- le versement d'une rente mensuelle en cas d'incapacité permanente professionnelle consécutive à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle ;
- le versement d'une pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente consécutive à une maladie ou à un accident d'origine non professionnelle ;
- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès
- le paiement d'une rente annuelle d'éducation aux enfants dont vous aviez la charge au jour de votre décès ;
- le paiement d'une indemnité frais d'obsèques en cas de décès de votre conjoint, (de votre cocontractant d'un PACS, ou à défaut de votre concubin) ou d'un de vos enfants à charge.

ARTICLE 1-2 Sa durée

Le régime complémentaire prévoyance et santé, auquel vous êtes affilié, s'impose à votre employeur, tant pour ce qui est de son obligation d'adhérer que du contenu des garanties ou encore de sa gestion par AGRI PRÉVOYANCE.

Il ne peut être remis en cause que par les partenaires sociaux signataires de la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996.

ARTICLE 1-3 Groupe assuré

Le groupe assuré est constitué par l'ensemble des salariés non cadres des entreprises adhérentes :

- **après trois mois d'ancienneté continus dans l'entreprise** pour la garantie Frais de santé ;
- **après trois mois d'ancienneté continus dans l'entreprise** pour les garanties Incapacité temporaire et permanente de travail ;
- **après 12 mois d'affiliation continus ou non à la garantie décès** pour la rente éducation ;
- **sans condition d'ancienneté** pour les autres garanties décès.

Dans ces conditions, vous devez être obligatoirement affilié dès lors que vous êtes présent dans l'entreprise.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice de la garantie Frais de santé dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits à la garantie, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les **trois mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent**.

ARTICLE 1-4 Cotisations

Le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur.

Votre part de cotisation est directement précomptée sur votre fiche de paye, par votre employeur.

Vous avez la possibilité de demander l'extension de votre régime Frais de santé au profit de votre conjoint ou d'un de vos enfants à charge ou de l'ensemble de vos ayants droit (conjoint et enfants à charge). Dans ce cas la cotisation santé est due au titre de chaque bénéficiaire défini à l'article 2-1 de la présente notice.

Votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

SANTÉ

La structure tarifaire de votre régime Frais de santé est de type Isolé/Couple/Famille/Enfant :

- si vous êtes seul à bénéficier de la garantie, le tarif « isolé » vous est appliqué ;

- si vous avez demandé l'extension de la garantie au profit de votre conjoint sans enfant à charge, c'est le tarif « couple » qui est appliqué ;

- si vous avez demandé l'extension de la garantie au profit de l'ensemble de vos ayants droit (conjoint et enfant(s) à charge), c'est le tarif « famille » qui est alors appliqué ;

- si vous avez demandé l'extension de la garantie au profit d'un ou deux enfants à charge, c'est le tarif « par enfant » qui est appliqué et ajouté au tarif « isolé ».

La cotisation relative à la garantie santé est due à compter du 1^{er} jour du mois de l'entrée en vigueur de la garantie, telle que précisée à l'article 2-2 de la présente notice.

Si vous êtes salarié travaillant à temps partiel sur plusieurs entreprises relevant de la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996, la cotisation santé vous sera appelée auprès d'un seul employeur, déterminé selon les critères suivants :

- l'employeur qui vous occupe de manière principale ;
- à défaut, votre plus ancien employeur.

PRÉVOYANCE

Les cotisations relatives aux garanties prévoyance sont dues dès le 1^{er} jour de votre embauche.

ARTICLE 1-5 Fausse déclaration

Vous vous engagez à fournir à l'Institution, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre employeur tout renseignement nécessaire à l'établissement de vos droits et obligations.

Toute déclaration intentionnelle fausse ou incomplète, toute réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 1-6 Prescription

Toutes actions relatives aux garanties de votre régime sont prescrites dans les conditions de l'article L 932-13 du Code de Sécurité Sociale, à compter de l'évènement qui y donne naissance :

- **par deux ans en ce qui concerne la garantie santé ;**
- **par cinq ans en ce qui concerne la garantie incapacité de travail ;**
- **et par dix ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré.**

Toutefois, ce délai ne court :

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

ARTICLE 1-7 Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression...) en vue du remboursement de tous les frais exposés suite à l'accident. Les institutions de prévoyance qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

En application de ce texte, lorsque vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident le nom de l'Institution en tant que tiers payeur des prestations.

ARTICLE 1-8 Informatique et liberté

Les informations concernant les participants et leurs ayants droit sont destinées aux services de l'Institution, au(x) mandataire(s), assureur(s), réassureur(s) ainsi qu'aux organismes professionnels intervenant au contrat.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier utilisé dans le cadre du présent régime par courrier au siège de l'Institution, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08 ou par courriel à l'adresse suivante : «cnil.blf@groupagricom.com».

ARTICLE 1-9 Réclamations-Médiation

—
En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, il est possible d'adresser une réclamation :

- soit par courrier à l'Institution – Service Réclamations, 21 rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08 ;
- soit par courriel sur le site internet de l'Institution en cliquant sur la rubrique « Réclamations ».

—
Vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (prévoyance ou santé).

Dès lors, l'Institution vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivants puis traite votre demande dans un délai maximal de 2 mois.

—
Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), dont le siège se situe 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS.

Titre 2 — Garantie frais de santé

ARTICLE 2-1 Objet

La garantie frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 2-2 Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis dans la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996, sont les suivants :

1. Vous-même en tant que salarié, sous réserve que vous ayez acquis **trois mois d'ancienneté continus** dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord.

CAS PARTICULIER :

Un salarié embauché dans les trois mois au plus tard, qui suivent sa sortie d'une entreprise visée par la Convention Collective des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département du Vaucluse du 25 mars 1996, et qui ouvrirait droit aux garanties santé auprès de son ancien employeur, est couvert dès son entrée dans la nouvelle entreprise.

2. Votre conjoint ou l'ensemble de vos ayants droit (conjoint+enfants à charge), sous réserve que vous ayez demandé l'extension familiale de votre assurance complémentaire santé à leur profit, à savoir :

- **votre conjoint**, non séparé de corps ;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France ;
- **Le concubin**, résidant en France, justifiant de deux années de vie commune (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.

• **vos enfants à charge :**

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits au PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;

→ tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

ARTICLE 2-3 Affiliation et entrée en vigueur de la garantie

Vous devez être obligatoirement affilié au contrat collectif correspondant à l'assurance complémentaire frais de santé mise en place par les partenaires sociaux de l'accord collectif du 27 août 2009, dès lors que vous totalisez trois mois d'ancienneté continus dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord précité.

Votre couverture santé entre en vigueur, pour vous et vos ayants droit :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise au présent contrat, dès lors que vous êtes inscrit sur les registres du personnel et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du 1^{er} jour du mois civil au cours duquel vous avez atteint l'ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise ;
- dès le premier jour de votre embauche, en cas de reprise d'ancienneté acquise auprès de votre ancien employeur.

Le bénéfice des garanties vous est ouvert sans aucun délai de « carence », c'est-à-dire dès le 1^{er} jour de votre d'affiliation au titre des dispositions détaillées ci-dessus.

ARTICLE 2-4 Dérogation : cas de dispense d'affiliation

Par dérogation, vous pouvez choisir de ne pas être affilié à la garantie frais de santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- si vous bénéficiez de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- si vous êtes couvert à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- si vous êtes couvert, à la date de mise en place du régime prévue par l'accord du 27 août 2009, pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire en qualité d'ayant-droit.
- si vous êtes salarié à temps partiel ou apprenti dès lors que la cotisation à sa charge est supérieure ou égale à 10% de votre rémunération brute.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande écrite de votre part, adressée à votre employeur, accompagnée des justificatifs attestant de votre situation. Vous devez produire chaque année ces justificatifs et à défaut de remise, vous serez affilié au contrat et la cotisation sera due.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié à ce contrat et la cotisation sera due.

Dans les cas de dispense d'affiliation, les cotisations ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

ARTICLE 2-5 **Extension facultative de vos ayants-droit**

Vous avez la possibilité d'étendre les garanties de votre assurance complémentaire frais de santé au profit de vos ayants-droit dans le cadre d'une extension facultative décrite à l'article 1-4. Si vous avez choisi l'extension, la couverture santé prend effet pour vos ayants-droit :

- au moment de votre affiliation à la garantie obligatoire, vos ayants-droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que vous ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'évènement en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe de la présente notice d'information. Vos ayants-droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} jour du mois civil de l'évènement ;
- annuellement, au plus tard le 30 novembre de chaque année. Vos ayants-droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Votre demande doit être formalisée par un bulletin d'affiliation dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives et adressé à l'Institution.

ARTICLE 2-6 **Montant de la garantie**

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'accord collectif du 27 août 2009 et ses avenants.**

Ces remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en annexe.**

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part de la Mutualité Sociale Agricole, notamment ceux fixés par l'arrêté du 8 juin 2006, dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

Pour les frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention directe du régime social de base.

ARTICLE 2-7 **Limites et exclusions de la garantie**

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge les frais engagés au titre d'actes prescrits

- avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ;
- après la cessation de la garantie.

LIMITES LIÉES AU CARACTÈRE « RESPONSABLE » DE VOTRE RÉGIME :

Votre régime frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, il ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, votre régime sera automatiquement adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables ».

LIMITES LIÉES AUX ACTES :

Ne sont pas pris en charge :

- les frais de santé résultant de suites de traitements ou d'interventions chirurgicales, exécutés dans un but esthétique ou de rajeunissement, non pris en charge par le régime de base et non liés à une maladie, maternité ou un accident antérieurs ;
- les frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation.

ARTICLE 2-8 Etendue territoriale de la garantie

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part de la MSA au titre des Assurances Sociales.

ARTICLE 2-9 Cessation de la garantie

Votre affiliation au présent contrat (affiliation obligatoire et extension facultative) cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir au groupe assuré visé à l'article 1-3 de la présente notice d'information ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez l'entreprise adhérente avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, si vous êtes licencié ou invalide, vous pourrez sur demande, contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 2-10.
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension vieillesse de la MSA. A cette date, vous pouvez demander à contracter un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 2-10.

L'affiliation de vos ayants droit à l'assurance Frais de santé cesse dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de l'entreprise adhérente, pour quelle que cause que ce soit ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit, telle que définie à l'annexe 1 de la présente notice d'information.

ARTICLE 2-10 **Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail**

—

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil, donnant lieu à complément de salaire, la garantie frais de santé est maintenue sans le versement des cotisations correspondantes aux conditions tarifaires initialement prévues.

—

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire, la garantie frais de santé peut être maintenue sur demande du salarié, sous réserve que le salarié en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, part employeur et part salarié.

ARTICLE 2-11 **Maintien de la garantie sous forme de contrat individuel**

—

Votre garantie frais de santé peut vous être maintenue, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de contrat individuel :

- à la cessation de votre garantie telle que prévue à l'article 2-8.

Ce maintien s'effectue dans les conditions suivantes :

1. En cas de rupture de votre contrat de travail, dans la mesure où vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement :

En application de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », l'Institution vous proposera, dans les deux mois qui suivent la date de cessation de votre contrat de travail, selon l'information transmise par votre entreprise, le maintien de vos garanties dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel. Si vous faites cette demande, vous pouvez également dans les mêmes conditions demander le maintien à titre individuel de la garantie au bénéfice d'un ou plusieurs de vos ayants droit, **pour lesquels une extension avait été demandée (extension couple, enfant ou famille).**

—

2. En cas de décès

Vos ayants-droit peuvent, sous réserve d'en faire la demande **dans les six mois qui suivent votre décès**, bénéficier du maintien de leur garantie pendant une durée maximale de douze mois. Le tarif applicable à l'ensemble de ces situations de maintien individuel est défini dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

ARTICLE 2-12 Modalités d'affiliation et de modification de situation

—
Votre employeur vous remet la présente notice et un bulletin d'affiliation, soit à la mise en place du régime, soit à votre entrée dans l'entreprise. Sur le bulletin vous devez porter votre choix de souscription « isolé », « couple », « enfant » ou « famille » pour la couverture santé. Votre affiliation à la garantie frais de santé et celle de vos ayants droit, si vous avez choisi l'extension couple ou enfant ou famille, est effectuée par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation. Pour vos ayants droit, les pièces à fournir sont les suivantes :

- une copie du livret de famille ;
- le certificat de scolarité ou d'apprentissage des enfants à charge ;
- la carte invalidité le cas échéant ;
- l'attestation de droits correspondant à la carte Vitale, pour votre conjoint dans un autre régime de base.

En cas d'évolution ou de modification, par exemple votre souscription à la garantie couple ou famille (demande d'extension en raison de votre mariage, de la naissance d'un enfant...), vous devez compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Un double est conservé par votre employeur.

Modalités de votre demande d'extension facultative :

- annuellement :
- au plus tard le 30 novembre de chaque année,

par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou l'ensemble des membres de votre famille (conjoint et enfants à charge) sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

—
→ en cours d'année :
dans les 30 jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou modifiant la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...), par lettre remise ou adressée à votre employeur. Votre conjoint ou l'ensemble des membres de votre famille (conjoint et enfants à charge) sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'évènement.

ARTICLE 2-13 Modalités de renonciation/résiliation de l'extension facultative de vos ayants-droit

2-13-1 RENONCIATION

Si vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture santé avec l'extension famille, vous avez la faculté d'y renoncer, par lettre adressée à l'Institution, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet et ce, sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'Institution procèdera au remboursement de la cotisation, dans un délai maximum de 30

jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre.

2-13-2 RÉSILIATION

1. annuellement :

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture santé obligatoire aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier annuellement, par lettre recommandée adressée à l'Institution, au plus tard le 31 octobre de l'année.

La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

2. en cours d'année :

Vous aviez choisi d'étendre le bénéfice de votre couverture santé obligatoire aux membres de votre famille et vous souhaitez mettre fin à cette extension dans l'année en cours.

Dans ce cas vous avez la possibilité de la résilier par lettre recommandée adressée à l'Institution, dans les trente jours qui suivent l'évènement modifiant votre situation familiale (mariage, décès...) ou la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, licenciement...).

La résiliation prend alors effet dès la survenance de l'évènement.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'affiliation à l'extension facultative ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans. Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle de votre conjoint.

3. en cas d'augmentation du montant de la cotisation :

Vous pouvez refuser cette augmentation dans le mois qui suit la modification du nouveau tarif. Dès lors, vous pouvez résilier votre affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le premier jour du mois civil qui suit la date figurant sur l'accusé de réception.

ARTICLE 2-14 Règlement des prestations

—
 Vos prestations sont réglées **directement par votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole**, seul interlocuteur pour le remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire de vos frais de santé.

—
 Vous pouvez utiliser votre carte Vitale pour bénéficier du tiers payant pharmaceutique, après l'avoir mise à jour sur la borne Vitale la plus proche de votre domicile. L'utilisation par le professionnel de santé de la carte Vitale supprime toute demande de l'assuré pour le paiement des prestations de base comme des prestations complémentaires AGRI PRÉVOYANCE.

—
 En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier peut également demander à votre caisse de MSA, l'envoi d'une prise en charge pour un règlement direct à l'établissement.

—
 Pour les frais de prothèses dentaires et d'optique vous devez adresser une facture détaillée à votre caisse MSA.

En cas de non utilisation de la Carte Vitale, les démarches pour obtenir vos remboursements sont les suivantes :

1. pour vous-même, votre conjoint, concubin et vos enfants à charge (s'ils figurent sur votre carte d'assuré social) :

1. Envoyez votre/leur feuille de soins à votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole ;
2. Vous recevrez sur un même décompte le remboursement de base de la MSA et le remboursement complémentaire d'AGRI PRÉVOYANCE.

2. pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés à la MSA (et qui possèdent leur propre carte d'assuré social) :

1. Notez en plus sur la feuille de soins votre numéro de sécurité sociale ;
2. Envoyez leur feuille de soins à votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3. pour votre conjoint/concubin et vos enfants à charge affiliés aux autres régimes de sécurité sociale que la MSA (*Sécurité Sociale, Sécurité Sociale étudiante, autres régimes de base*) :

Un système d'échange d'informations entre CPAM et MSA permet à votre caisse de MSA d'effectuer le remboursement complémentaire sans intervention de votre part.

—
Pour les cas où ce système ne serait pas encore mis en place :

1. Envoyez la feuille de soins au régime concerné ;
2. Envoyez ensuite le décompte du remboursement obtenu à votre caisse de MSA, en notant en plus votre numéro de Sécurité Sociale ;

3. Le remboursement complémentaire vous sera alors versé.

Titre 3 — Garanties prévoyance

ARTICLE 3-1 Garantie incapacité temporaire de travail

Cette garantie vous assure en cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières **complémentaires** à celles servies par le régime de base.

3-1-1 BÉNÉFICIAIRES

En cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité temporaire de travail résultant de la maladie ou d'un accident, quelle qu'en soit l'origine, le bénéfice de cette garantie vous est accordé, sous réserve de justifier de **trois mois d'ancienneté** dans l'entreprise.

Il est précisé que votre ancienneté est appréciée au 1^{er} jour de travail.

3-1-2 ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie incapacité temporaire de travail entre en vigueur :

- en cas d'accident du travail, d'accident de trajet, ou de maladie professionnelle, **à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail** ;
- en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, **à compter du 8^{ème} jour d'arrêt de travail**.

3-1-3 MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

• Conditions préalables

Le versement de l'indemnité journalière intervient sous réserve que :

- vous justifiez auprès de la MSA de votre incapacité temporaire de travail, dans les 48 heures par certificat médical ;

→ vous soyez pris en charge par la MSA.

Le versement des prestations incapacité temporaire de travail est effectué en même temps que le versement des indemnités journalières du régime de base par les caisses de Mutualité Sociale Agricole.

• Montant

L'indemnisation globale (indemnités journalières versées par le régime de base ainsi que les indemnités complémentaires AGRI PRÉVOYANCE) est égale à **90%** du salaire de base que vous auriez perçu si vous aviez continué à travailler, pendant une durée maximale de 1095 jours.

Le salaire de base correspond au salaire brut ayant donné lieu à cotisations (limité à quatre fois le plafond annuel de Sécurité sociale) et se rapportant à la période de référence retenue par la MSA pour le calcul de ses propres indemnités journalières.

Si vous êtes en état d'incapacité de travail, vous ne bénéficierez pas de l'indemnité journalière complémentaire pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

En cas de reprise d'activité à temps partiel pour raison thérapeutique, les indemnités journalières complémentaires versées par l'Institution sont **réduites dans les mêmes proportions que celles versées par la MSA au titre du régime de base**.

En tout état de cause, le cumul des indemnités journalières versées par la MSA au titre du régime de base, de votre régime de prévoyance

complémentaire et, le cas échéant, vos salaires perçus, **ne peut excéder le montant net du salaire que vous auriez effectivement perçu si vous aviez continué à travailler dans l'entreprise adhérente.**

• Revalorisation

Vos indemnités journalières complémentaires font l'objet d'une revalorisation selon les mêmes modalités que les indemnités journalières versées par la MSA au titre du régime de base.

• Règlement

L'indemnité journalière complémentaire est réglée par la caisse de Mutualité Sociale Agricole **conjointement et selon la même périodicité que l'indemnité journalière de base.** Si votre employeur continue à vous régler votre salaire durant votre arrêt de travail, la MSA lui verse directement les indemnités journalières de base et complémentaires.

Dans le cas contraire, les indemnités journalières vous sont versées directement.

• Durée

Le service des indemnités journalières complémentaires dure tant que votre incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières par la MSA au titre du régime de base.

Si votre contrat de travail est rompu avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires continuent à vous être versées tant que dure le versement d'indemnités journalières par le régime de base, et ce, jusqu'à la date limite d'indemnisation.

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- lorsque la MSA ne vous verse plus d'indemnité journalière au titre du régime de base ;
- dès lors que vous reprenez une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité ;
- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente ;
- à la date de votre décès.

ARTICLE 3-2 Garantie incapacité permanente de travail

Cette garantie, susceptible de vous être servie pour incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle vous assure une pension mensuelle versée en complément des prestations versées par la Mutualité Sociale Agricole :

- d'une pension d'invalidité catégorie 2 ou 3 reconnue par le régime de base ;
- d'une rente accident du travail pour incapacité dont le taux d'incapacité permanente, au sens de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale, est au moins égal à 66,66%.

3-2-1 OUVERTURE DU DROIT

Pour ouvrir droit à la garantie incapacité permanente, vous devez :

- justifier de 3 mois d'ancienneté continus dans l'entreprise ;
- percevoir de la part de la MSA une rente accident du travail pour incapacité permanente moins égale à 66,66% ;

→ percevoir de la part de la MSA une pension d'invalidité de catégorie 2 ou 3.

3-2-2 MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

• Durée de votre indemnisation

Votre pension complémentaire vous est versée :

- tant que vous percevez une pension ou une rente du régime de base ;
- jusqu'à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et au plus tard à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation d'une pension de vieillesse à taux plein ;
- jusqu'à votre décès.

Elle est suspendue si le régime de base suspend le versement de sa propre prestation.

• Montant de votre indemnisation

Le montant de la pension complémentaire servie est égal à **10%** de votre salaire mensuel brut de référence.

Le salaire brut pris en compte pour le calcul de votre pension complémentaire correspond au douzième de vos salaires bruts perçus au cours des 12 mois civils précédant votre arrêt de travail.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et du présent régime de prévoyance ne peut excéder le salaire net que vous perceviez en activité.

• Règlement de la pension

Votre pension complémentaire vous est réglée mensuellement par l'Institution, à terme échu.

ARTICLE 3-3 Revalorisation des prestations incapacité de travail

Les prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire et permanente, sont revalorisées dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les prestations en espèces, rentes et pensions du régime de base.

ARTICLE 3-4 Dispositions particulières en cas d'assureurs successifs

Dans l'hypothèse où vous seriez déjà indemnisé par un précédent organisme assureur, au titre d'un arrêt de travail antérieur à votre affiliation au présent contrat de prévoyance, seules les revalorisations intervenant à compter de cette date seront prises en charge par l'Institution, dans la mesure où elles ne le sont pas déjà par l'organisme précédent.

Toutefois, si le précédent organisme assureur accepte de transférer les provisions de l'ancien contrat à l'Institution, les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'incapacité permanente de travail sont alors versées par l'Institution et revalorisées dans les conditions définies aux articles 2-1-3 et 2-2-3.

ARTICLE 3-5 Contrôle médical de l'incapacité de travail

L'Institution se réserve expressément la faculté d'apprécier et de contrôler votre état d'incapacité.

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'Institution doivent pouvoir se rendre auprès de vous. Aussi, vous vous engagez, par avance, à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. Les médecins de l'Institution peuvent également vous convoquer.

En outre, l'Institution peut vous demander de fournir tout justificatif qui lui semblerait nécessaire afin de vérifier que le montant de l'indemnisation ne dépasse pas les limites prévues aux articles 2-1-3 et 2-2-3.

Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux ou que vous ne produisez pas les justificatifs visés à l'alinéa précédent, l'Institution est autorisée à suspendre ou interrompre de plein droit le paiement de vos prestations.

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'Institution portant sur votre état d'incapacité temporaire ou permanente, il pourra être convenu, d'un commun accord, de s'en remettre à un médecin arbitre. Dans ce cas, les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous-même et l'Institution.

ARTICLE 3-6 Exclusions de la garantie

Sont garantis par l'Institution, au titre du contrat de prévoyance, tous les risques d'incapacité de travail, à l'exclusion de ceux résultant :

1° de la guerre,

2° de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du participant, à l'exception de la tentative de suicide.

ARTICLE 3-7 Cessation de la garantie

Sans préjudice des dispositions relatives à la durée du versement des prestations par l'Institution, les garanties Incapacité temporaire et permanente de travail du présent contrat cessent à la rupture du contrat de travail.

La cessation de ces garanties s'opère toujours de plein droit et sans aucune formalité.

ARTICLE 3-8 Garantie Décès

La garantie décès comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

• Ouverture du droit

Vous ouvrez droit à cette garantie sans condition d'ancienneté, excepté la rente d'éducation, où 12 mois d'affiliation continus ou non à la garantie décès sont requis.

3-8-1 CAPITAL DÉCÈS

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) si vous veniez à décéder durant votre période d'activité.

• Montant

Le montant du capital décès est fonction de votre salaire annuel brut et de votre situation de famille.

En effet, le contrat prévoit un capital de base auquel peuvent s'ajouter des majorations familiales.

Ce capital est versé aux bénéficiaires, sur leur demande.

Son montant est égal à **100%** du salaire annuel brut.

—

Le salaire brut pris en compte est celui des quatre derniers trimestres civils précédant le décès, ou le cas échéant l'arrêt de travail pour maladie ou accident, et ayant donné lieu à cotisations.

—

Lorsque la période d'affiliation ne compte pas 4 trimestres mais au moins 30 jours au cours des 12 derniers mois, le capital décès est basé sur le salaire d'une année calculé à partir des salaires sur lesquels le salarié a cotisé depuis son affiliation à la garantie décès.

Lorsque la période d'affiliation est inférieure à 30 jours, le capital décès est égal à 30 fois le salaire journalier du participant.

—

Le salaire est revalorisé dans les mêmes conditions que les salaires servant de base au calcul des pensions de vieillesse des assurances sociales, compte tenu des coefficients de revalorisation fixés par arrêté et applicables à la date du décès.

—

En cas de maintien de la garantie décès par un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

—

Le montant de ce capital décès est majoré de **25%** par enfant à charge au moment du décès.

• Bénéficiaires

Capital de base

Le capital de base est versé comme suit :

→ en présence d'un conjoint et/ou de descendants survivants, ci-après désignés « **bénéficiaires prioritaires** » :

- en totalité à votre conjoint survivant non séparé de corps, si vous n'avez pas notifié de répartition à l'Institution entre les bénéficiaires prioritaires ;
- entre votre conjoint, qui ne peut se voir attribuer moins de 50% du capital, et vos descendants, si vous avez notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé en totalité à vos descendants.

—

Pour le bénéfice du capital décès de base, on entend par conjoint :

- le conjoint survivant non séparé de corps ou le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à défaut, votre concubin justifiant de deux ans de vie commune ou d'un enfant né de votre union.

—

→ En cas d'absence de **bénéficiaires prioritaires**, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par vos soins ;
- à vos héritiers.

Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du versement du capital de base, sa fraction de capital est répartie par parts égales entre les bénéficiaires restants.

La désignation éventuelle peut :

- se faire en remplissant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non portés à la connaissance de l'Institution lui est inopposable.

• Majorations familiales

Pour le bénéfice de la majoration familiale, sont considérés comme :

« enfants » :

- vos enfants (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lequel la qualité de tuteur vous est reconnue ;
- les enfants que vous avez élevés pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont votre qualité d'ayant droit aura été reconnue par le régime de base.

« enfants à charge » :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- les enfants âgés de 18 à moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE

EMPLOI et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;

- les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

—

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

Elles sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur ou majeur protégé.

—

En tout état de cause, la somme des majorations générées par les enfants à charge, est répartie par parts égales entre eux.

—

3-8-2 INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

En cas d'invalidité de catégorie 3, absolue et définitive :

- constatée par le régime de base de la Mutualité Sociale Agricole ;
- vous interdisant toute activité rémunérée ;
- vous obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante ;
- et, à condition que vous ne puissiez prétendre à une retraite de base à taux plein, notamment au titre de l'inaptitude ;

—

Le capital décès de base peut, sur votre demande, vous être versé de manière anticipée en 24 mensualités.

Si vous veniez à décéder avant la liquidation de votre retraite de base sans avoir perçu la totalité de votre capital décès de base, la part correspondant au reliquat est versée à vos bénéficiaires.

Si votre invalidité cessait d'être absolue et définitive postérieurement au versement par anticipation du capital décès de base et avant la liquidation de votre retraite de base, les bénéficiaires ne pourraient plus prétendre au versement de votre capital décès de base.

3-8-3 LA RENTE ÉDUCATION

• Montant

Il est versé à chacun des enfants, reconnus à votre charge au jour de votre décès, une rente annuelle d'éducation égale à :

- 50 points jusqu'à son 10^{ème} anniversaire ;
- 75 points de son 11^{ème} à son 17^{ème} anniversaire ;
- 100 points de son 18^{ème} à son 25^{ème} anniversaire, s'il poursuit des études.

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE, revalorisée chaque année au 1^{er} septembre (pour information, la valeur du point est de 21,810€ en 2013).

L'âge à prendre en considération est :

- pour l'ouverture des droits et le nombre de points, celui constaté, au 1^{er} septembre de l'année scolaire en cours au moment du décès, l'année scolaire étant réputée débiter le 1^{er} septembre et se terminer le 31 août,
- pour le montant des annuités successives, celui constaté au 1^{er} septembre de chaque année scolaire.

La première annuité de la rente est due :

- dans sa totalité pour les décès survenant du 1^{er} septembre au 31 décembre,
- à hauteur des 2/3 pour les décès survenant du 1^{er} janvier au 30 avril,
- à hauteur d'un tiers pour les décès survenant du 1^{er} mai au 31 août.

—

La première annuité ou fraction d'annuité est payée lors du paiement du capital décès. Par la suite, le versement de la rente est effectué avant le 31 octobre de chaque année scolaire, sous réserve de la production des pièces justifiant la scolarité pour les orphelins âgés de plus de 18 ans.

—

• Bénéficiaires

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur ou majeur protégé.

—

Pour le bénéfice de la rente éducation, sont considérés comme :

« enfants » :

- vos enfants (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lequel la qualité de tuteur vous est reconnue ;
- les enfants que vous avez élevés pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont votre qualité d'ayant droit aura été reconnue par le régime de base.

« enfants à charge » :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- les enfants âgés de 18 à moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'Assurance Chômage ;
- les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge, à condition que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

• Règlement

- Le paiement de la rente sera effectué dans les quinze jours suivant la réception par l'Institution de prévoyance de la demande de prestations comportant l'attestation par l'entreprise adhérente que vous étiez bien garanti à la date de votre décès.
- La première annuité de la rente est due :
 - dans sa totalité pour les décès survenant du 1^{er} septembre au 31 décembre,
 - à hauteur des 2/3 pour les décès survenant du 1^{er} janvier au 30 avril,
 - à hauteur d'un tiers pour les décès survenant du 1^{er} mai au 31 août.

La première annuité ou fraction d'annuité est payée lors du paiement du capital décès. Par la suite, le versement de la rente est effectué avant le 31 octobre de chaque année scolaire, sous réserve de la production des pièces justifiant la scolarité pour les orphelins âgés de plus de 18 ans.

- La rente est versée annuellement à compter du premier jour du mois civil suivant votre décès, au représentant légal de l'enfant mineur ou majeur protégé ou à l'enfant majeur sur sa demande.
- Si la demande de prestations est présentée plus d'un an après la date de décès, la rente est versée à compter du premier jour suivant la date à laquelle l'Institution de prévoyance l'a reçue.
- La rente cesse d'être payée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant n'est plus à charge.

ARTICLE 3-9 Indemnité frais d'obsèques

À la suite du décès de votre conjoint non séparé de corps, de votre cocontractant d'un PACS, à défaut de votre concubin justifiant d'au moins deux ans de vie commune, ou de vos enfants à charge, il est versé une indemnité frais d'obsèques. Le montant de l'indemnité frais d'obsèques est égal à **100%** du plafond mensuel de Sécurité sociale applicable au moment du décès. Cette indemnité vous est versée à condition que vous ayez vous-même supporté les frais d'obsèques.

ARTICLE 3-10 Exclusions de la garantie

Sont garantis par l'Institution tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :
1° de la guerre civile ou étrangère ;
2° du fait volontaire du bénéficiaire.
Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.

ARTICLE 3-11 Cessation de la garantie

La garantie décès cesse lorsque vous n'êtes plus affilié au présent contrat.

Toutefois en cas de rupture de votre contrat de travail, la garantie décès vous est maintenue si vous êtes indemnisé au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie incapacité permanente de travail.

ARTICLE 3-12 Maintien de la garantie

En cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu au paiement d'un salaire par votre employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès peuvent continuer à vous être accordées, sous réserve que vous en faires la demande et que vous réglez la totalité de la cotisation correspondante.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil donnant lieu à complément de salaire à la charge de votre employeur, le bénéfice des garanties décès, incapacité permanente de travail est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) et maternité la garantie est maintenue sans versement de cotisation.

Titre 4 — Action sociale

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

—
Confronté à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances...) ;
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail ;
- actes de prévention (vaccination grippe saisonnière, sevrage tabagique, risques auditifs...)

—
Pour toute information, contactez
le **0821 200 800** ou **www.groupagricar.com**

Annexe 1 — Définitions Garantie santé

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

BASE DE REMBOURSEMENT

Ensemble des éléments tarifaires sur lesquels le régime base applique un taux (de 0 % à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS,
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS,
- naissance ou adoption d'un enfant,
- perte de la qualité d'enfant à charge,
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal d'instance du lieu de résidence commune.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du

Code de la Sécurité sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code).

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

CRÉDIT

Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

FORFAIT

Indemnité forfaitaire fixée par avance et invariable, versée dans les cas prévus.

FRAIS DE SANTÉ

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés par un assuré.

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident ou à une maladie, à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

—

MATERNITÉ

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée comme une maladie ou un accident.

—

MÉDECIN TRAITANT

Médecin désigné par l'assuré âgé de 16 ans et plus auprès de l'assurance maladie et chargé de la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés.

Peut être un médecin généraliste, spécialiste, un médecin exerçant dans un centre de santé ou hospitalier.

—

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant, tant pour rendre un avis ponctuel que pour des soins itératifs (plan de soins prédéfini en terme de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant). Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

—

MÉDECIN À ACCÈS SPÉCIFIQUE

Médecin relevant de certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie,...) qui, pour certains actes précisés relevant de sa spécialité, peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins.

PARCOURS DE SOINS

Dispositif mis en place par la réforme de l'assurance maladie ayant pour objectif la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la coordination des soins (notamment désignation du médecin traitant et accès au dossier médical personnalisé).

—

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base.

—

RÉGIME DE BASE

Mutualité Sociale Agricole, Caisse Générale de Sécurité Sociale ou tout autre Régime social obligatoire français..

—

TICKET MODÉRATEUR

Il s'agit de la part restant à la charge de l'assuré, calculée sur la base du tarif de responsabilité, après remboursement du régime social de base. Son montant varie selon les catégories de prestations.

—

TIERS PAYANT

Il permet à l'assuré de ne pas avancer de frais dans les pharmacies. Ceux-ci sont directement adressés aux caisses concernées pour les parts obligatoires et complémentaires.

Annexe 2 — Tableau des garanties Santé - Socle

GARANTIES	Remboursements Régime de base (1)	Remboursements complémentaires Accord des ETARF Languedoc- Roussillon-Vaucluse (1)	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)
FRAIS MÉDICAUX			
■ Consultations, visites de médecins	70% BR	230% BR	300% BR
■ Consultations spécialistes	70% BR	230% BR	300% BR
■ Sages femmes	70% BR	230% BR	300% BR
■ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, masseurs kinés, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60% BR	40% BR	100% BR
■ Analyses, examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
■ Radiologie, actes techniques (2)	70% BR	30% BR	100% BR
■ Actes de prévention responsables	35% à 70% BR	65% à 30% BR	100% BR
■ Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	-	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille
PHARMACIE			
■ Pharmacie prise en charge	15% - 30% - 65% BR	TM	100% BR
■ Pharmacie prescrite sans prise en charge du régime de base	-	40€ / an / famille	40€ / an / famille
■ Vaccins sans prise en charge du régime de base	-	40€ / an / famille	40€ / an / famille
APPAREILLAGE			
■ Prothèses auditives	60% BR	390% BR + crédit de 350€ / an / oreille (3)	450% BR + crédit de 350€ / an / oreille (3)
■ Prothèses et appareillages, dont orthopédie	65% - 100% BR	400% BR	465% - 500% BR
OPTIQUE			
■ Forfait monture + lentilles	60% BR	175 € / an	60% BR + 175 € / an
■ Forfait verres unifocaux	60% BR	182 € /paire, limité à une paire / an	60% BR + 182 € /paire, limité à une paire / an
■ Forfait verres progressifs et multifocaux	60% BR	350 € /paire, limité à une paire / an	60% BR + 350 € /paire, limité à une paire / an
■ Crédit optique	-	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes

(1) uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; (2) y compris actes de prévention responsables prévus par arrêté du 3 juin 2006 ; (3) limité à un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; (4) y compris frais de lit accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

GARANTIES	Remboursements Régime de base (1)	Remboursements complémentaires Accord des ETARF Languedoc- Roussillon-Vaucluse (1)	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)
DENTAIRE			
■ Soins et honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
■ Prothèses dentaires acceptées	70% BR	340% BR	410% BR
■ Inlays Core	70% BR	100% BR	170% BR
■ Forfait parodontologie	-	100 € / an	100 € / an
■ Forfait implantologie	-	200 € / an	200 € / an
■ Orthodontie acceptée	100% BR	250% BR	350% BR
POLYVALENTS			
■ Transport pris en charge (sauf cures thermales)	65% BR	100% FR	100% FR
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	-	100% du forfait	100% du forfait
■ Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée (HAD)	-	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille
■ Cures thermales (frais balnéaires acceptés)	65% BR	35% BR + 150 € / an	100% BR + 150 € / an
HOSPITALISATION			
■ Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	80% - 100% BR	400% BR	500% - 480 % BR
■ Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR	100 % FR
■ Chambre particulière	-	78 € / jour limité à 60 jours / an	78 € / jour limité à 60 jours / an
■ Frais de lit accompagnant (4)	-	52 € / jour limité à 30 jours / an	52 € / jour limité à 30 jours / an
■ Forfait confort : frais de télévision et de téléphone	-	26 € / an	26 € / an
MATERNITÉ			
■ Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	100% BR	200 % BR	300 % BR
■ Chambre particulière	-	52 € / jour	52 € / jour
PSYCHIATRIE			
■ Frais de soins et séjour	80% - 100% BR	20% - 0% BR	100% BR
■ Honoraires	100% BR	200 % BR	300 % BR
■ Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR limité à 30 jours / an	100 % FR limité à 30 jours / an

Annexe 2 —
Tableau des garanties Santé - Socle et services

GARANTIES	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)	Services
FRAIS MÉDICAUX		
■ Consultations, visites de médecins	300% BR	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
■ Consultations spécialistes	300% BR	
■ Sages femmes	300% BR	
■ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, masseurs kinés, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	Information sur les laboratoires proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin.
■ Analyses, examens de laboratoire	100% BR	
■ Radiologie, actes techniques (2)	100% BR	
■ Actes de prévention responsables	100% BR	23 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an/famille
■ Médecines douces (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	23 € /consultation dans la limite de 4 consultations / an / famille	
PHARMACIE		
■ Pharmacie prise en charge	100% BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours.
■ Pharmacie prescrite sans prise en charge du régime de base	40 € / an / famille	Information sur le calendrier des vaccins.
■ Vaccins sans prise en charge du régime de base	40 € / an / famille	
APPAREILLAGE		
■ Prothèses auditives	450% BR + crédit de 350€/ an / oreille (3)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte.
■ Prothèses et appareillages, dont orthopédie	460% - 500% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel, organisation de la livraison.
OPTIQUE		
■ Forfait monture + lentilles	60% BR + 175 € / an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte.
■ Forfait verres unifocaux	60% BR + 182 € /paire, limité à une paire / an	
■ Forfait verres progressifs et multifocaux	60% BR + 350 € /paire, limité à une paire / an	
■ Crédit optique	+ 50 euros la troisième année si pas de consommation les 2 années précédentes	

GARANTIES	Remboursements totaux (y compris Régime de Base) (1)	Services
DENTAIRE		
■ Soins et honoraires	100% BR	
■ Prothèses dentaires acceptées	410% BR	
■ Inlays Core	170% BR	
■ Forfait parodontologie	100 € / an	
■ Forfait implantologie	200 € / an	
■ Orthodontie acceptée	350% BR	
■ Orthodontie refusée	200 €	
POLYVALENTS		
■ Transport pris en charge (sauf cures thermales)	100% FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
■ Forfait actes lourds « 18 euros »	100% du forfait	
■ Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée (HAD)	52 € / jour limité à 60 jours / an + forfait prestation de services limité à 400 € / an / famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30h / an / contrat
■ Cures thermales (frais balnéaires acceptés)	100% BR + 150 € / an	
HOSPITALISATION		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	
■ Honoraires	500% - 480% BR	
■ Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
■ Chambre particulière	78 € / jour limité à 60 jours / an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision d'accompagnant (+ 5 nuits supplémentaires, 60 € / nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maxi). Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
■ Frais de lit accompagnant (4)	52 € / jour limité à 30 jours / an	
■ Forfait confort : frais de télévision et de téléphone	26 € / an	
MATERNITÉ		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
■ Honoraires	300% BR	
■ Chambre particulière	52 € / jour	
PSYCHIATRIE		
■ Frais de soins et séjour	100% BR	
■ Honoraires	300% BR	
■ Forfait journalier hospitalier	100% FR limité à 30 jours / an	

(1) uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; (2) y compris actes de prévention responsables prévus par arrêté du 3 juin 2006 ; (3) limité à un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; (4) y compris frais de lit accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier. **BR** : base de remboursement ; **FR** : Frais réels ; **TM** : Ticket Modérateur.

Annexe 3 — Services d'assistance à destination des assurés

ARTICLE 1 Les services d'assistance

Les services d'assistance AGRICA et la gestion des prestations d'assistance sont assurés par MUTUAIDE ASSISTANCE, sise 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 BRY SUR MARNE Cedex. Ils sont définis dans le tableau des garanties de l'annexe 2.

Dans le cadre de cette assistance, MUTUAIDE ASSISTANCE se présente sous le nom d'AGRICA ASSISTANCE et accomplit les démarches nécessaires pour l'accès aux prestations.

ARTICLE 2 Prise d'effet de l'assistance

L'assuré bénéficie de l'assistance dès qu'il ouvre droit à la garantie frais de santé.

L'assistance s'arrête en cas de résiliation de la garantie Frais de Santé ou en cas de sortie du salarié du groupe assuré.

Dans cette hypothèse, les prestations prévues sont prises en charge si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

ARTICLE 3 Lieu ou s'exerce l'assistance

L'assuré bénéficie des services d'assistance d'AGRICA à son domicile situé en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco.

ARTICLE 4 Conditions d'intervention de l'assistance

Seul l'appel téléphonique au moment de l'évènement permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins d'AGRICA ASSISTANCE ou avec son accord.

RESPONSABILITÉ

La responsabilité d'AGRICA ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

CADRE DE SON INTERVENTION

AGRICA ASSISTANCE intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

AGRICA ASSISTANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

L'assuré doit permettre aux médecins d'AGRICA ASSISTANCE l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle AGRICA ASSISTANCE intervient. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

CONTRÔLE DES DROITS INVOQUÉS

Pour bénéficier d'une prestation, AGRICA ASSISTANCE peut demander à l'assuré de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

- l'adresse de son domicile,
- le cas échéant, le nom et prénom de la personne qui bénéficiera des prestations,
- le lieu et le numéro de téléphone où il peut être joint,
- la nature de son problème.

REMBOURSEMENT DE FACTURES

AGRICA ASSISTANCE remboursera, **après accord express**, à l'assuré, sur présentation des originaux, les factures correspondant aux frais engagés et ce, sous réserve d'avoir contacté AGRICA ASSISTANCE dans les délais impartis.

Ces demandes doivent être adressées à :
AGRICA-ASSISTANCE, MUTUAIDE ASSISTANCE
8/14 avenue des Frères Lumière
94 366 BRY SUR MARNE Cedex.

ARTICLE 5

Démarches pour bénéficier de l'assistance

AGRICA ASSISTANCE est accessible 24H/24, 7 jours/7.

→ **Numéro de téléphone de l'assistance :**

01 45 16 65 15.

→ **Numéros de fax :** 01 45 16 63 92

et 01 45 16 63 94.

→ Informations nécessaires lors de l'appel

L'assuré doit fournir les informations suivantes, qui lui seront demandées lors de son appel :

- le nom et l'adresse de l'entreprise adhérente au contrat frais de santé AGRICA,
- l'identifiant du contrat,
- son nom et prénom,
- son numéro d'INSEE,

Annexe 4 — Définitions prévoyance

ACTE AUTHENTIQUE

Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

—

ACTE SOUS SEING PRIVÉ

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par toutes les parties à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de parties à cet acte. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

—

CONJOINT

La personne mariée avec le participant et non séparée de corps.

—

COCONTRACTANT D'UN PACS (sous réserve des conditions supplémentaires précisées pour le bénéfice des garanties dans les articles concernés)

La personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant, conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code Civil.

—

CONCUBIN (sous réserve des conditions supplémentaires précisées pour le bénéfice des garanties dans les articles concernés)

Par concubin, il faut entendre la personne avec laquelle le participant vit en concubinage. Un 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 (article 515-8 du Code Civil).

De plus, les concubins doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS).

Annexe 5 — Modalités d'affiliation, de modification de situation et de règlement des prestations

ARTICLE 1 Affiliation

Votre affiliation au régime de prévoyance est effectuée automatiquement par les services de la Mutualité Sociale Agricole dès que vous remplissez les conditions d'affiliation.

ARTICLE 2 Modification de situation

En cas de changement de votre situation familiale (mariage, naissance), envoyez une copie du livret de famille ou une fiche d'état civil à votre caisse de Mutualité Sociale Agricole en indiquant votre numéro de Sécurité Sociale. Les modifications seront ainsi prises en compte.

ARTICLE 3 Règlement des prestations

Le versement des prestations incapacité temporaire de travail est effectué en même temps que le versement des indemnités journalières du régime de base par les caisses de Mutualité Sociale Agricole.

Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRI PRÉVOYANCE.

Annexe 6 — Pièces à fournir pour le réglement des prestations prévoyance

ARTICLE 1 **Versement des prestations incapacité de travail**

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Les indemnités journalières complémentaires étant réglées directement par la MSA, les formalités requises par la MSA pour le paiement des indemnités journalières dues au titre du régime de base suffisent à déclencher le paiement des prestations complémentaires. Ainsi, n'oubliez pas d'adresser à MSA votre arrêt médical de travail dans les 48 heures.

INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

Les rentes mensuelles complémentaires sont réglées directement par AGRI PRÉVOYANCE sur présentation des justificatifs suivants :

- notification d'attribution de la rente MSA ;
- derniers salaires ;
- avis d'imposition ;
- relevé d'identité bancaire.

Vous pouvez néanmoins vous rapprocher de votre MSA qui vous aidera dans la constitution de votre dossier.

ARTICLE 2 **Versement des prestations décès**

Votre employeur, ou le cas échéant les bénéficiaires des garanties décès en cas de maintien individuel de cette garantie dans les conditions prévues à l'article 3-3-5, doivent déclarer le décès le plus rapidement possible à AGRI PRÉVOYANCE, qui leur adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès.

ARTICLE 4 Ce dossier doit être retourné à AGRI PRÉVOYANCE, dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement des garanties décès dont la liste est donnée dans ledit dossier. AGRI PRÉVOYANCE se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement de la prestation. Le règlement de la prestation est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception de l'intégralité des pièces justificatives par l'Institution.

Vos contacts

Pour tous renseignements ou questions relatives :

→ aux prestations d'incapacité permanente de travail et décès :

**Contactez AGRICA au
01 71 21 19 19**

→ aux prestations d'incapacité temporaire de travail :

Contactez votre caisse de MSA