



AG2R LA MONDIALE

The background of the page features a large, abstract graphic element in the lower right corner. It consists of a white triangle pointing upwards and to the right, set against a background of overlapping blue and dark blue diagonal bands. This graphic serves as a visual separator for the text on the right side of the page.

AVENANT 2 À L'ACCORD  
INSTITUANT UN RÉGIME  
COLLECTIF ET OBLIGATOIRE  
DE REMBOURSEMENT DE  
FRAIS MÉDICAUX ET DE  
PRÉVOYANCE  
**UES AG2R**

# ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

---

L'UES « AG2R », représentée par Claire SILVA agissant en qualité de Membre du comité exécutif en charge des Ressources Humaines et des Relations Sociales ayant reçu mandat des entités juridiques composant l'UES pour la conclusion du présent accord, soit :

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

D'UNE PART,

ET

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

Le Syndicat CFDT, représenté par Frédéric LABAEYE, en sa qualité de délégué syndical central

Le Syndicat CFE-CGC, représenté par Michel ALESSO, en sa qualité de délégué syndical central

Le Syndicat CGT, représenté par Grégory MARMET, en sa qualité de délégué syndical central

Le Syndicat FO, représenté par Yves COUTANTIC, en sa qualité de délégué syndical central

D'AUTRE PART.

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. DISPOSITIONS MODIFIÉES .....</b>	<b>5</b>
<b>2. MAINTIEN DES AUTRES DISPOSITIONS .....</b>	<b>16</b>
<b>3. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DÉPÔT .....</b>	<b>16</b>

# PRÉAMBULE

Au cours des réunions de la commission de suivi du régime de santé et de prévoyance du 17 juillet 2025, du 1er octobre 2025 et du 8 décembre 2025, ayant pour objet la présentation des résultats des comptes de santé et de prévoyance pour l'année 2024, les constats suivants ont été faits :

- Le S/P 2025 prévisionnel en santé est bénéficiaire avec un ratio de 91,9% au global ;
- Les taux de chargement qui paraissent élevés et pourraient être réduits.

Suite à ces constats, les parties ont formulé les souhaits suivants :

- Améliorer les garanties sur certains honoraires médicaux et notamment ceux non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Obtenir une extension de la garantie frais obsèques (prévoyance) ;
- Mettre en place un mécanisme de réserves dont l'objectif est le lissage des résultats et la mutualisation des risques santé (y compris de la surcomplémentaire santé) et prévoyance.

Dans ce cadre, les parties ont convenu de maintenir les grands principes en matière de complémentaire santé tels qu'ils avaient été réaffirmés en 2021 et avenantés en 2022 en y intégrant les adaptations nécessaires tenant compte des constats opérés en commission de suivi.

Les mesures suivantes ont donc été décidées à effet du 1er janvier 2026 :

- Maintien des taux de cotisations avec une amélioration des garanties frais de santé à hauteur de 2,2% ;
- Maintien du taux en prévoyance avec extension de la garantie frais obsèques ;
- Mise en place d'un dispositif de réserves (compte de participation aux bénéfices) avec un taux de distribution du résultat à 80% du solde créditeur global, à date d'effet au 01/01/2025, sans reprise des sinistres et provisions antérieures à la date d'effet 2025 ;
- Baisse des taux de chargement en santé de 1,5 point, pour atteindre 9,5% (versus 11%) avec une date d'effet au 01/01/2025, sans impact sur le tarif mais valorisée via le compte de participation aux bénéfices.

Les effets des mesures prises seront appréciés lors de la présentation des résultats de l'exercice 2025. À cette date, les parties envisageront les éventuelles adaptations du régime qui s'avèreraient nécessaires.

# 1. DISPOSITIONS MODIFIÉES

L'Annexe 1 et l'Annexe 2 tels que rédigés dans l'Accord collectif d'entreprise instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux et de prévoyance au sein de l'UES AG2R du 22 octobre 2021 et modifiés par l'avenant du 27 octobre 2023 sont remplacés par les annexes suivants :

# ANNEXE 1 – GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

## Votre régime complémentaire obligatoire

### Vos garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2026

Les prestations viennent **en complément** de la part Sécurité sociale, à l'exception des postes exprimés en pourcentage des frais réels, qui s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

#### Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FPU : Forfait patient urgences, correspondant à la participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PLV : Prix Limites de Vente, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire, s'entendant y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

#### Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
Frais de séjour	400 % de la BR
– Pour le secteur non conventionné	100 % du TM + 90 % des FR - BR limité à 400 % de la BR <sup>(1)</sup>
Forfait journalier hospitalier, Forfait patient urgences (FPU) et Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 480 % de la BR

• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
Chambre particulière	3,5 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de – 16 ans	1 % du PMSS par jour

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

## Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % du TM

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Honoraires médicaux</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % du TM + 100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Densitométrie osseuse	Crédit de 75 € par année civile
– Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, naturopathes, étiopathes, hypnotiseurs, diététiciens, nutritionnistes, podologues <sup>(1)</sup>	50 € par acte dans la limite de 4 actes par année civile (toutes spécialités confondues)
– Psychomotriciens et ergothérapeutes (uniquement pour les enfants à charge de moins de 16 ans)	50 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile (toutes spécialités confondues)
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	400 % de la BR
Psychologues (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % du TM
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	400 % de la BR

## Forfait actes dits « lourds »

Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Médicaments</b>	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % du TM
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Forfait automédication avec facture et sans prescription	Crédit de 150 € par année civile
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>	
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % du TM
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % des FR
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % du TM

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(2)</sup>	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(2)</sup>	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 €, RSS inclus, au 01/01/2021)
<b>Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale<sup>(4)</sup></b>	
	100 % du TM

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

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

(3) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Inlay core	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	
<b>Prothèses</b>	
Panier maîtrisé <sup>(2)</sup>	
– Inlay, onlay	350 % de la BR dans la limite des HLF
– Inlay core	200 % de la BR dans la limite des HLF
– Autres appareillages prothétiques dentaires	375 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre <sup>(3)</sup>	
– Inlay simple, onlay	350 % de la BR
– Inlay core	200 % de la BR
– Autres appareillages prothétiques dentaires	375 % de la BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % du TM
<b>Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	325 % de la BR
<b>Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 20 % du PMSS par implant, dans la limite de 2 implants par année civile
Parodontologie	Crédit de 10 % du PMSS par année civile
Orthodontie	325 % de la BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement	400 % de la BR

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

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

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

## Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>	
Monture de Classe A :	
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	
Verres de Classe A :	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	
Monture de Classe A :	
Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	
Verres de Classe A :	

Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>	
Monture de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Monture de Classe B : Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B : Enfant de - de 16 ans <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % du TM
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % du TM
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % du TM
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % des FR
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 12 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 26 % du PMSS par œil, par année civile

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

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

(2) Conditions de renouvellement

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

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une

évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

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

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

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

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

## Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	130 €	130 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	130 €	130 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	130 €	130 €
		SPH > 0 et S > + 6	270 €	270 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300 €	300 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	300 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

## Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % des FR
Frais de voyage et hébergement	20 % du PMSS <sup>(1)</sup>
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	20 % du PMSS
<b>Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale</b>	
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % du TM
<b>Garantie Prima assistance <sup>(2)</sup> – N° de convention 620339</b>	
Tél : 0800 100 010	Incluse
<b>Téléconsultation médicale <sup>(3)</sup></b>	Oui

(1) PMSS en vigueur au 1<sup>er</sup> jour de la cure.

(2) Garantie assurée par PRIMA, 35 boulevard Brune 75014 PARIS, société régie par le Code des Assurances Groupe n° 620339 et régie par ses propres conditions générales.

(3) La Téléconsultation médicale, incluse au présent contrat, est régie par ses propres conditions générales. Elle est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, et mise en œuvre par EUROP Assistance (Société anonyme au capital de 48 123 637 €), entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 89 Rue Taitbout, 75009 Paris - RCS Paris n° 451 366 405.

Un deuxième avis médical est également inclus au présent contrat. Celui-ci est réalisé sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et CARIANS. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-343 du 6 octobre 2015. CARIANS – deuxiemeavis.fr - Société par actions simplifiée - Siège social : 1, boulevard Pasteur 75015 Paris - RCS n° 803 657 717 (Si téléconsultation deuxième avis prévue dans le cahier des charges).

# ANNEXE 2 – GARANTIES DU RÉGIME PRÉVOYANCE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2026

## Arrêt de travail

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
<b>Incapacité temporaire de travail : indemnité journalière</b>	
À l'épuisement des droits au maintien de salaire	100 % de la 365 <sup>e</sup> partie du SR net ( TA + TB + TC ) <sup>(1)</sup>
<b>Invalidité permanente : rente annuelle</b>	
<b>Salarié classé en invalidité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019</b>	
1 <sup>re</sup> catégorie	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
2 <sup>re</sup> catégorie	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
3 <sup>re</sup> catégorie	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
<b>Salarié classé en invalidité après le 1<sup>er</sup> janvier 2019</b>	
1 <sup>re</sup> catégorie	30 % du SR brut TA + 60 % du SR brut TB + 60 % du SR brut TC <sup>(2)</sup> dans la limite de 100 % du salaire net d'activité
2 <sup>re</sup> catégorie	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
3 <sup>re</sup> catégorie	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
<b>Incapacité permanente professionnelle : rente annuelle</b>	
Taux d'incapacité compris entre 33 % et 66 %	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>
Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %	100 % du SR net (TA + TB +TC) <sup>(1)</sup>

SR = Salaire de référence. TA = Tranche A. TB = Tranche B. TC = Tranche C.

(1) Sous déduction des prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

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

# Décès ou invalidité permanente totale et définitive

Nature des garanties	Prestations AG2R Prévoyance
<b>Capital décès par maladie (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	215 % du SR (TA + TB +TC)
Marié, partenaire lié par un PACS, concubin, sans enfant à charge ou avec 1 <sup>er</sup> enfant à charge	300 % du SR (TA + TB +TC)
Célibataire, veuf, divorcé : majoration pour un 1 <sup>er</sup> enfant à charge	85 % du SR (TA + TB +TC)
Majoration par enfant à charge supplémentaire (à compter du 2 <sup>e</sup> enfant à charge)	65 % du SR (TA + TB +TC)
<b>Capital décès par accident autre qu'un accident de la circulation reconnu comme accident du travail par la Sécurité sociale <sup>(1)</sup> (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	323 % du SR (TA + TB +TC)
Marié, partenaire lié par un PACS, concubin, sans enfant à charge ou avec 1 <sup>er</sup> enfant à charge	450 % du SR (TA + TB +TC)
Célibataire, veuf, divorcé : majoration pour un 1 <sup>er</sup> enfant à charge	127 % du SR (TA + TB +TC)
Majoration par enfant à charge supplémentaire (à compter du 2 <sup>e</sup> enfant à charge)	98 % du SR (TA + TB +TC)
<b>Capital décès par accident de la circulation reconnu comme accident du travail par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup> (en fonction de la situation de famille au moment du décès du salarié)</b>	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	645 % du SR (TA + TB +TC)
Marié, partenaire lié par un PACS, concubin, sans enfant à charge ou avec 1 <sup>er</sup> enfant à charge	900 % du SR (TA + TB +TC)
Célibataire, veuf, divorcé : majoration pour un 1 <sup>er</sup> enfant à charge	255 % du SR (TA + TB +TC)
Majoration par enfant à charge supplémentaire (à compter du 2 <sup>e</sup> enfant à charge)	195 % du SR (TA + TB +TC)
<b>Invalidité permanente totale et définitive</b>	
À la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente totale et définitive : versement par anticipation	50 % du capital décès par maladie <sup>(3)</sup>
<b>Décès postérieur ou simultané du conjoint ou partenaire de PACS ou du concubin</b>	
Nouveau capital	100 % du capital décès par maladie <sup>(3)</sup>
<b>Rente annuelle d'éducation (en fonction de l'âge de l'enfant à charge)</b>	
Jusqu'au 12 <sup>e</sup> anniversaire	6 % du SR (TA + TB +TC)
Du 12 <sup>e</sup> au 17 <sup>e</sup> anniversaire	8 % du SR (TA + TB +TC)
Du 17 <sup>e</sup> au 26 <sup>e</sup> anniversaire si poursuite d'études	10 % du SR (TA + TB +TC)
Lorsque les enfants à charge sont ou deviennent orphelins de leurs deux parents, le montant de la rente versée dans les conditions ci-dessus est doublé	
Pour les enfants à charge reconnus invalides ou handicapés avant leur 21 <sup>e</sup> anniversaire, titulaires de la carte d'invalidité civil et bénéficiant de l'allocation pour les adultes handicapés, ou à défaut percevant des revenus inférieurs ou égaux à 150 % de l'allocation des adultes handicapés, la rente versée dans les conditions ci-dessus devient viagère.	

**Rente annuelle de conjoint et/ou d'orphelin OCIRP**

Rente de conjoint viagère	60 % des droits de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO acquis par le salarié au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales multiplié par [Année de l'âge légal de la liquidation de la retraite à taux plein - X]
Rente de conjoint viagère lorsque la date de décès du salarié est postérieure à l'âge légal de la liquidation de la pension de retraite	60 % des droits de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO acquis par le salarié au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales multiplié forfaitairement par 5
Rente de conjoint temporaire	60 % des droits de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO acquis par le salarié à la date de son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales
Majoration de la rente de conjoint	10 % du montant de la rente viagère/temporaire par enfant à charge
Rente temporaire d'orphelin	50 % des droits de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO acquis par le salarié au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales multiplié par [Année de l'âge légal de la liquidation de la retraite à taux plein - X]
Rente temporaire d'orphelin lorsque la date de décès du salarié est postérieure à l'âge légal de la liquidation de la pension de retraite	50 % des droits de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO acquis par le participant au titre de la dernière année civile cotisée précédant son décès, hors forfaits, garanties et majorations familiales multiplié forfaitairement par 5
Garantie substitutive pour les salariés célibataires, veufs ou divorcés	43,75 % du SR TA + 100 % du SR TB + 100 % du SR TC
<b>Prédécès<sup>(4)</sup></b>	
Capital en cas de décès du conjoint ou du partenaire de PACS ou du concubin, survenant avant celui du salarié	1/3 du PASS
<b>Allocation frais d'obsèques</b>	
Décès du participant, du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou, à défaut, du concubin ou d'un enfant à charge <sup>(5)</sup>	25 % du PMSS

SR = Salaire de référence. TA = Tranche A. TB = Tranche B. TC = Tranche C.

PASS = Plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

X = Âge atteint par le salarié à son décès.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

(1) Seuls sont pris en considération les décès survenant dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

(2) La garantie n'est ouverte qu'en cas de décès faisant suite à un accident de la circulation reconnu comme accident du travail par la Sécurité sociale (y compris accident de trajet), de plus, seuls sont pris en compte les décès survenant dans les 24 mois suivant la date de l'accident de la circulation.

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

(4) La garantie prédécès ne s'applique pas en cas de décès simultané du salarié et de son conjoint ou partenaire de PACS ou concubin.

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

## 2. MAINTIEN DES AUTRES DISPOSITIONS

L'ensemble des autres dispositions définies par l'Accord collectif d'entreprise instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement des frais médicaux et de prévoyance au sein de l'UES AG2R du 22 octobre 2021 demeurent inchangées.

## 3. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DÉPÔT

Le présent avenant fait partie intégrante de l'accord signé le 22 octobre 2021 et dont il suivra le sort. Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Les formalités de dépôt et de publicité seront effectuées selon les modalités de l'accord signé le 22 octobre 2021.

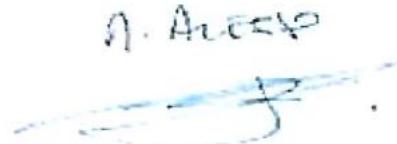
Fait à Paris  
Le 06/01/2026

Pour l'UES AG2R  
Membre du Comité exécutif  
en charge des Ressources  
Humaines et des Relations  
Sociales  
Madame Claire SILVA

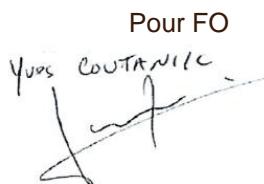
Pour la CFDT



Pour la CGT



Pour la CFE-CGC



Pour FO  
Yves COUTANNE