



orano

NOTICE D'INFORMATION

PRÉVOYANCE ENTREPRISE **ORANO CYCLE**

CONTRAT N° 270512410

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **270512410**
régé par le Code des Assurances

souscrit par **ORANO**
dont le siège social est
1, place Jean Millier
92400 COUBEVOIE
(LE SOUSCRIPTEUR)
agissant pour le compte
d'ORANO Cycle
auprès

d'**AXA France Vie**
dont le siège social
est 313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(L'ASSUREUR)

**Cette notice présente les garanties en vigueur
au PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX NEUF.**

SOMMAIRE

01 CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT	06
ARTICLE 2 EFFET ET DURÉE DU CONTRAT	06
ARTICLE 3 CATÉGORIE ASSURÉE	06
ARTICLE 4 ADMISSION À L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	06
ARTICLE 5 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS AUX ASSURÉS EN INCAPACITÉ OU EN INVALIDITÉ INDEMNISÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	07
ARTICLE 6 BASE DE L'ASSURANCE	08
ARTICLE 7 REVALORISATION DES CAPITAUX DÉCÈS	08
ARTICLE 8 EXCLUSIONS	08
ARTICLE 9 RÉCLAMATION	09
ARTICLE 10 UTILISATION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	09
ARTICLE 11 PRESCRIPTION	10
ARTICLE 12 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE	11

02 DÉCÈS

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2 CHOIX DE L'OPTION	12
ARTICLE 3 DÉCÈS DE L'ASSURÉ OPTIONS 1, 2, 3, ET 4	13
ARTICLE 4 INDEMNITÉ DE SECOURS IMMÉDIAT	14
ARTICLE 5 DÉFINITION DES PERSONNES À CHARGE ET SITUATION RETENUE	14
ARTICLE 6 BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS	15
ARTICLE 7 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	15

ARTICLE 8 PRÉDÉCÈS	16
ARTICLE 9 DÉCÈS DU CONJOINT SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR À CELUI DE L'ASSURÉ	16
ARTICLE 10 DISPOSITIONS RELATIVES AUX RENTES	16
ARTICLE 11 PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	17

03 DÉCÈS ACCIDENTEL OU CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 2 DÉFINITIONS	18
ARTICLE 3 DÉCÈS DE L'ASSURÉ	19
ARTICLE 4 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	19
ARTICLE 5 PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	19

04 INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	20
ARTICLE 2 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	20
ARTICLE 3 INVALIDITÉ PERMANENTE	21
ARTICLE 4 ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	22
ARTICLE 5 PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	22
ARTICLE 6 CONTRÔLE MÉDICAL	23
ARTICLE 7 SUBROGATION	23

05 INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	24
ARTICLE 2 DÉFINITION	24
ARTICLE 3 DÉTERMINATION DU TAUX D'INFIRMITÉ	24
ARTICLE 4 MONTANT DU CAPITAL	24
ARTICLE 5 PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	25

06 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS SANS SOLDE

ARTICLE 1 GARANTIES ASSURÉES	26
ARTICLE 2 BASE DE L'ASSURANCE	26
ARTICLE 3 CESSATION DE L'ASSURANCE	26

07 EXTENSION AUX EXPATRIÉS AFFILIÉS OU NON AFFILIÉS À LA CFE

ARTICLE 1 CESSATION DE L'ASSURANCE	27
---	----

08 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EN CESSATION ANTICIPÉE D'ACTIVITÉ

ARTICLE 1 PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN	28
ARTICLE 2 GARANTIES MAINTENUES	28
ARTICLE 3 BASE DE L'ASSURANCE	28

09 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIÉS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

ARTICLE 1 BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN	29
ARTICLE 2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN	29
ARTICLE 3 CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES	29
ARTICLE 4 MODALITÉS DU MAINTIEN	29
ARTICLE 5 MODALITÉS D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIÉ	30
ARTICLE 6 PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	30

10 SERVICES D'ASSISTANCE

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE	31
ARTICLE 2 MISE EN ŒUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE	31
ARTICLE 3 ASSISTANCE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL	32
ARTICLE 4 ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL	33
ARTICLE 5 DÉFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE	33



CHAPITRE 1

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions visées au paragraphe 5.1, pour les garanties suivantes :

- DÉCÈS,
- DÉCÈS ACCIDENTEL,
- INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE,
- INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE.

La garantie est l'engagement de l'assureur de payer une prestation unique ou périodique, en cas de réalisation du risque entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

ARTICLE 2

EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX NEUF.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de

renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

ARTICLE 3

CATÉGORIE ASSURÉE

La catégorie assurée est ainsi définie : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale.**

ARTICLE 4

ADMISSION À L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

4.1 Admission à l'assurance

Sont admis au contrat :

- à sa date d'effet, l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat précédant celui-ci ou ceux souscrits chez un autre assureur,
- ultérieurement, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée, les salariés dont le contrat de travail est en vigueur.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité, accueil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient

des garanties du contrat, sous réserve des dispositions suivantes.

Les salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail sont garantis d'office, dès la date de suspension du contrat de travail et jusqu'au dernier jour du mois civil suivant le mois du début du congé sans solde. A l'issue de cette période, les salariés concernés sont garantis selon les dispositions du Chapitre 6 «MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE SANS SOLDE»

Les membres du personnel en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat sont assurés pour les garanties en cas de décès selon les conditions des Chapitres "PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE" et "PERSONNEL EN ARRÊT DE TRAVAIL À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT", chapitres qui font l'objet d'un avenant complémentaire ; la garantie INCAPACITÉ DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE entrant en vigueur à la date de reprise du travail.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail).

Les mandataires sociaux cumulant un contrat de travail avec leur mandat ou les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la Sécurité sociale bénéficient du présent contrat s'ils appartiennent à la catégorie assurée, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la Sécurité sociale et du Code de commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

4.2 Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle est suspendue pendant les congés, sous réserve des dispositions prévues au chapitre 6, (sans indemnisation du souscripteur) autres que maladie, maternité ou accident ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

L'assurance prend fin, en tout état de cause, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.

Toutefois, lorsque le présent contrat n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe, tout assuré dont le contrat de travail est en vigueur peut demander à souscrire une assurance à adhésion individuelle, auprès de l'assureur, dans les soixante jours qui suivent la résiliation du contrat. Cette assurance est accordée, sous réserve de l'acceptation de l'assureur et sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui du présent contrat.

ARTICLE 5

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS AUX ASSURÉS EN INCAPACITÉ OU EN INVALIDITÉ INDEMNISÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties en cas de DÉCÈS sont maintenues, y compris après résiliation du présent contrat, à tout assuré se trouvant en incapacité ou invalidité pour cause de maladie ou d'accident.

Toutefois, l'assuré admis au contrat alors qu'il se trouvait en incapacité ou invalidité, bénéficie du maintien des garanties en cas de décès dans les conditions prévues aux Chapitres "PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE" et "PERSONNEL EN ARRÊT DE TRAVAIL À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT", chapitres qui font l'objet d'un avenant complémentaire.

5.1 Niveau de chaque garantie

Le niveau de chaque garantie assurée au titre du présent contrat est celui en vigueur :

- à la date du décès, si celui-ci intervient pendant l'existence du présent contrat et que l'assuré est sous contrat de travail à cette date,
- à la date de la rupture du contrat de travail si celle-ci est antérieure à la date du décès et intervenue pendant l'existence du présent contrat,
- à la date de la résiliation du contrat dans les autres cas.

Les prestations assurées sont calculées en fonction de la base des prestations définie ci-après.

5.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à celle définie à l'article 6. Toutefois, si après résiliation du présent contrat, l'assuré en 1ère catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité sociale, exerce une activité professionnelle, la base des prestations est réduite de 40 %.

5.3 Revalorisation de la base des prestations

La base des prestations est revalorisée à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès ou la date de la résiliation de la garantie ou du présent contrat dans les autres cas.

5.4 Cotisation

Les cotisations pour l'assuré en arrêt de travail ne sont dues que sur le salaire total ou partiel maintenu par le souscripteur. Elles cessent d'être dues après la résiliation du présent contrat.

5.5 Fin du maintien de chaque garantie

Le maintien de chaque garantie en cas de décès prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité sociale.
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité – invalidité prévues par ce contrat.
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- en cas de résiliation de la garantie survenant pendant l'existence du contrat pour le personnel sous contrat de travail.

Les prestations en cas de décès postérieur du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacs, cessent d'être garanties, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

ARTICLE 6

BASE DE L'ASSURANCE

6.1 Base de cotisation

La base de cotisation est le salaire annuel brut, hors indemnités de rupture versées au salarié, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le souscripteur à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Elle inclut tous les salaires, même partiels versés par le souscripteur, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est

limité aux tranches A, B et C du salaire définies comme suit en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds.

6.2 Base des prestations

La base des prestations est calculée sur la base du salaire brut du mois civil immédiatement antérieur à la date de survenance du sinistre (hors primes et gratifications) multiplié par 12, augmenté des primes et gratifications perçues au cours des 12 mois précédant la date du sinistre. Lorsque le contrat de travail a moins de douze mois, ledit salaire est rétabli sur une base annuelle.

Toutefois, lorsqu'à la date du sinistre, l'assuré est en arrêt de travail total pour maladie ou accident et indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, les douze mois civils retenus sont ceux immédiatement antérieurs à la date de début de l'arrêt de travail ayant entraîné le service, par la Sécurité sociale, de la prestation en cours.

Dans tous les cas, lorsqu'il y a réduction ou suppression du salaire au cours des douze mois civils concernés en raison d'un arrêt de travail pour maladie ou accident ou congé d'accueil de l'enfant, le salaire pris en compte est celui que l'assuré aurait perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

ARTICLE 7

REVALORISATION DES CAPITAUX DÉCÈS

Conformément à la Loi ECKERT du 13 juin 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, les capitaux servis en cas de décès sont revalorisés à compter de la date du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

ARTICLE 8

EXCLUSIONS

Toutes garanties

L'assureur couvre les risques en cas de DÉCÈS, de PERTE TOTALE et IRRÉVERSIBLE d'AUTONOMIE et

d'INCAPACITÉ TOTALE de TRAVAIL ou d'INVALIDITÉ PERMANENTE à l'exclusion de ceux résultant :

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,
- du risque de guerre : en cas de guerre étrangère, le risque de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie ne pourra être couvert que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ; cette exclusion ne s'appliquant pas aux assurés militaires de réserve.

Garanties décès accidentel, perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident, infirmité permanente consécutive à un accident et incapacité de travail / invalidité permanente

L'assureur couvre les risques de DÉCÈS, de PERTE TOTALE et IRRÉVERSIBLE d'AUTONOMIE ou d'INFIRMITÉ, consécutifs à un ACCIDENT, et les risques d'ARRÊT DE TRAVAIL dans les conditions prévues au paragraphe précédant à l'exclusion des accidents résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré,
- de guerres étrangères si l'assuré y prend une part active,
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.

Garanties décès accidentel, perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident et infirmité permanente consécutive à un accident

L'assureur couvre les risques de DÉCÈS, de PERTE TOTALE et IRRÉVERSIBLE d'AUTONOMIE ou d'INFIRMITÉ, consécutifs à un ACCIDENT, dans les conditions prévues au paragraphe précédant à l'exclusion des accidents résultant :

- de l'état d'alcoolémie de l'assuré, en tant que conducteur, constaté par un taux égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,

- de l'usage par l'assuré de stupéfiants ou substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale.

ARTICLE 9

RÉCLAMATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur privilégié ou le service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, l'assuré peut faire appel à la Direction Relations Clientèle d'AXA Solutions Collectives (TSA 46 307 - 95 901 CERGY PONTOISE Cedex 9). Il devra alors préciser son nom, le numéro du présent contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous tiendrons informé l'assuré).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou par mail sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laisse toute liberté à l'assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 10

UTILISATION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion (y compris commerciale) et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.

L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement

du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable. L'assureur se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces données collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis de l'assureur, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré.

Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

Les données des assurés seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, sous réserve des dispositions suivantes. Pour ces destinataires situés en dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

L'assureur est légalement tenu de vérifier l'exactitude, la complétude et la conformité de ces données. A cette fin, l'assureur se réserve le droit de solliciter un assuré pour vérifier ou compléter son dossier en y enregistrant par exemple son adresse de messagerie électronique s'il a contacté l'assureur par ce biais.

Droit de contrôle et de rectification des données par l'assuré :

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives

au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement.

Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance.

L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr)
 - par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).
- En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 11

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription

et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 12

MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat l'exposerait aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

CHAPITRE 2

DÉCÈS

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet en cas de DÉCÈS DE L'ASSURÉ, selon le choix de l'option effectué par ce dernier ou par les bénéficiaires au décès de l'assuré (à l'exception de l'option 3) :

- **OPTION 1** : le versement d'un capital, ledit capital étant versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que visée à l'article 7,
- **OPTION 2** :
 - le versement d'un capital réduit, ledit capital étant versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que visée à l'article 7,
 - le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge,
- **OPTION 3** :
 - le versement d'un capital réduit, majoré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie,
- **OPTION 4** :
 - le versement d'un capital réduit, ledit capital étant versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que visée à l'article 7,
 - le service d'une rente temporaire de conjoint.

La garantie a également pour objet :

- le versement d'une INDEMNITÉ DE SECOURS IMMÉDIAT en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré ayant un conjoint et/ou une personne à charge,
- le versement d'un capital en cas de PRÉDÉCÈS DU CONJOINT ou de PRÉDÉCÈS D'UN ENFANT À CHARGE,

- en cas de DÉCÈS DU CONJOINT, non remarié, âgé de moins de 60 ans, survenant simultanément ou postérieurement au décès de l'assuré et pendant l'existence du contrat, le versement aux dits enfants à charge d'un second capital.

ARTICLE 2

CHOIX DE L'OPTION

Si l'assuré laisse le choix de l'option à ses bénéficiaires (pour les options 1, 2 ou 4), le choix de l'option est effectué au moyen d'un écrit adressé à l'assureur dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent le décès de l'assuré :

- par le conjoint non séparé judiciairement, à défaut par le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, tel que défini à l'article 3, lorsqu'il est seul bénéficiaire,
- à défaut, par les enfants à charge, dans la mesure où ils sont seuls bénéficiaires et par parts égales. Lorsque ceux-ci ne jouissent pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal.

Lorsque plusieurs parties sont concernées et en l'absence d'accord, l'OPTION 1 s'applique.

Si l'assuré n'a pas mentionné sur le bulletin d'affiliation, de choix (choix d'option par ses soins ou laissé à ses bénéficiaires), c'est l'OPTION 1 qui sera appliquée automatiquement en cas de sinistre.

Option 3 : le choix de l'option 3 ne peut être effectué que par l'assuré, soit au moment de l'adhésion, soit à tout autre moment à condition que le salarié soit

en activité, présent au travail. En conséquence, ne peut choisir cette option : le salarié en arrêt de travail depuis plus de 3 mois en continu, le salarié en invalidité 1ère catégorie travaillant à temps partiel. La modification du choix de l'assuré peut se faire selon les mêmes modalités. Si l'assuré a choisi une option, celle-ci ne pourra pas être modifiée par son (ses) bénéficiaire(s). Si l'option choisie est devenue caduque, l'organisme d'assurance appliquera l'option 1.

ARTICLE 3

DÉCÈS DE L'ASSURÉ OPTIONS 1, 2, 3, et 4

3.1 Option 1

3.1.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans personne à charge : 250 %,
- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 400 %,
- Majoration par personne à charge : 80 %.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le montant du capital versé par anticipation est fixé à 500 % de la base des prestations prévue au chapitre 1 (article 6) pour les assurés célibataires, veufs, divorcés, séparés sans personne à charge.

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

3.2 Option 2

3.2.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans personne à charge : 250 %,
- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 250 %,
- Majoration par personne à charge : 50 %.

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

3.2.2 Montant de la rente éducation

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- jusqu'au 11ème anniversaire : 12 %,
- de 11 ans au 18ème anniversaire : 17 %,
- de 18 ans au 21ème anniversaire ou fin du trimestre civil des 26 ans : 25 %.

La rente est versée viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées.

3.3 Option 3

3.3.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé à 340 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), quelle que soit la situation de famille.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le montant du capital versé par anticipation est fixé à 680 % de la base des prestations prévue au chapitre 1 (article 6), quelle que soit la situation de famille de l'assuré.

3.4 Option 4

3.4.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 200 %,
- Majoration par personne à charge : 50 %.

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

3.4.2 Montant de la rente temporaire de conjoint ou pacsé

Le montant annuel de la rente est égal à 15 % des tranches A, B et C de la base des prestations visées au Chapitre 1 (article 6).

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

ARTICLE 4

INDEMNITÉ DE SECOURS IMMÉDIAT

Cette indemnité est versée en cas de décès d'un assuré avec un conjoint et/ou une personne à charge ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec un conjoint et/ou une personne à charge :

- en activité,
- en arrêt de travail quelle qu'en soit la date et percevant des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou les prestations prévues au titre du Chapitre 4 du présent contrat.

4.1 Montant de l'indemnité de secours immédiat

Le montant de l'indemnité de secours immédiat est égal à 3 fois le dernier salaire mensuel. L'assiette à prendre en considération est constituée du salaire de base, de l'ancienneté.

Toutefois, lorsqu'à la date du sinistre, l'assuré était en arrêt de travail pour maladie et accident et indemnisé à ce titre par la Sécurité Sociale, le salaire brut retenu est celui du mois qui précède l'arrêt de travail multiplié par trois revalorisé selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date d'arrêt de travail et la date du sinistre.

4.2 Bénéficiaires de l'indemnité de secours immédiat

L'indemnité de secours immédiat est versée aux bénéficiaires suivants :

- en cas de décès : au conjoint, à défaut au partenaire PACS, à défaut au concubin notoire tel que défini ci-dessous, à défaut par parts égales entre eux, aux enfants à charge au sens fiscal, à défaut aux ascendants à charge au sens fiscal.

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : à l'assuré lui-même, en même temps que le capital décès versé par anticipation.

ARTICLE 5

DÉFINITION DES PERSONNES À CHARGE ET SITUATION RETENUE

5.1 Définition des personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, les enfants de l'assuré fiscalement à sa charge (c'est-à-dire pris en compte pour la détermination du quotient familial ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire déductible de son revenu global) :

- lorsqu'ils sont mineurs,
- lorsqu'ils sont majeurs et âgés de moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ou à tout autre régime social de base,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - être inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi ou effectuant un stage préalablement, à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve, que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

Les enfants du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, remplissant les conditions visées ci-dessus, sont assimilés aux enfants de l'assuré, lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.

Les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son concubin tel que défini au paragraphe 3.1.

Il est précisé que les conditions pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies dès le décès de l'assuré.

Sont également considérés comme personne à charge, les ascendants de l'assuré ou de son conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels l'assuré déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

5.2 Situation de famille retenue

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès de l'assuré ; toutefois :

- l'enfant né moins de 300 jours après le décès de l'assuré est pris en considération,
- en cas de décès au cours d'un même évènement de l'assuré et d'au moins une des personnes dont l'existence est susceptible d'être prise en compte pour le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le premier.

ARTICLE 6

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

Pour le versement du capital, en cas de décès au cours d'un même évènement de l'assuré et d'au moins une des personnes susceptibles de bénéficier du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'assuré est présumé être décédé le dernier.

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) en fonction du mode de désignation choisi par l'assuré.

6.1 Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge » s'agissant de l'OPTION 1, 2 ou 4,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, 2 ou 4, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

Pour être bénéficiaire du capital, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

6.2 Désignation particulière

A toute époque, l'assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'assureur ; elle peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil. Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, 2 ou 4, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

En cas de pluralité de bénéficiaires et de décès, avant l'assuré, de l'un d'entre eux, le capital est versé (sous réserve des dispositions visées ci-dessus relatives à la réservation), aux autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

La désignation particulière n'est pas appliquée (en conséquence de quoi la désignation type s'applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- décès, au cours d'un même évènement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès de l'assuré et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par l'assuré,
- révocation de plein droit prévue par le Code Civil.

ARTICLE 7

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le capital en cas de décès de l'assuré prévu selon les options peut, sur demande accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 11, être versé **par anticipation** en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.

L'assuré est reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est, soit classé par la Sécurité sociale en 3ème catégorie d'invalides, soit, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et qu'il bénéficie, de ce fait, de l'allocation correspondante de la Sécurité sociale.

La demande doit être faite avant la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale de

l'assuré (ou pension pour inaptitude au travail). La perte totale et irréversible d'autonomie doit être constatée par l'assureur pendant l'existence du contrat. La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie Décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Il est précisé que la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de reconnaissance par l'assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, l'enfant né viable moins de 300 jours après ladite date étant pris en compte.

ARTICLE 8

PRÉDÈCES

Le capital est fixé comme suit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès :

- 100 % en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- 100 % en cas de prédécès d'un enfant à charge.

Pour les enfants âgés de moins de 12 ans, le capital est limité aux frais d'obsèques dûment justifiés.

Pour bénéficier du capital en cas de prédécès d'un partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou d'un concubin, l'assuré doit prouver sa domiciliation dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 3.1.

Les enfants à charge sont ceux définis à l'article 5. Le capital est versé à l'assuré.

ARTICLE 9

DÈCES DU CONJOINT SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR À CELUI DE L'ASSURÉ

Lorsqu'après le décès de l'assuré, son conjoint ou son partenaire lié par un Pacs, ou son concubin non remarié ni lié par un nouveau Pacs, décède avant son 60^{ème} anniversaire et alors que le contrat est toujours en vigueur :

- un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée à l'article 5, et y répondent encore au décès du conjoint ou du

partenaire lié par un Pacs ou du concubin. Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 100 % du capital versé au décès de l'assuré (article 3). Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition qu'un enfant soit né de l'union ou qu'un enfant soit adopté pendant la vie maritale. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition. L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

- la ou les rentes éducation en cours, versée(s) au titre de l'OPTION 2, sont majorées de 100 % de leur montant. La majoration prend effet le lendemain du jour du décès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin. Elle cesse d'être due à compter du jour où les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge ne sont plus remplies.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent aussi lorsque les deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs ou concubins décèdent du fait d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

ARTICLE 10

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RENTES

10.1 Revalorisation

Chaque rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de la rente, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date du décès de l'assuré et la date d'échéance de la rente. **En cas de résiliation du contrat, les rentes cessent d'être revalorisées dès la date de résiliation.** Leur montant sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sans préjudice toutefois d'un éventuel changement de tranche d'âge concernant la rente éducation.

10.2 Modalités de règlement, effet et cessation des rentes

Les rentes prennent effet le lendemain du jour du décès de l'assuré (ou, du conjoint, du partenaire lié par un Pacs, ou du concubin s'agissant de la rente d'orphelin).

Concernant la rente éducation, la majoration de la rente pour changement de tranche d'âge prend effet à compter du premier jour du trimestre civil de l'anniversaire de l'enfant.

Les rentes annuelles sont payables par quart à la fin de chaque trimestre civil, le premier et le dernier paiement étant calculés prorata temporis. La rente éducation est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

Les rentes cessent d'être dues :

- s'agissant de la rente éducation à compter du jour où l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge,
- s'agissant de la rente temporaire à la veille de l'entrée en jouissance de la pension de retraite du bénéficiaire de la rente et au plus tard à l'âge légal de départ à la retraite.
- à la date de décès du bénéficiaire, quelle que soit la rente.

ARTICLE 11

PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DÉCÈS

Doivent être adressées à l'assureur, dans les **six mois** qui suivent le décès, toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- l'acte de décès,
- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, la copie intégrale de l'acte de naissance de moins de trois mois du conjoint, du concubin ou pacsé
- les pièces justificatives de la qualité de personne à charge :
 - l'extrait d'acte de naissance, le certificat de scolarité, l'attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Etudiants ou à tout autre régime social de base, la copie du contrat de formation en alternance,
 - l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,
 - la copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et l'attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes à charge au jour du décès,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires :

- l'extrait d'acte de naissance,
- et, en tant que de besoin, selon le cas : l'acte de notoriété,
- l'ordonnance ou le jugement de tutelle,
- la photocopie du ou des livrets de famille,

- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré, par la production d'une copie :
 - du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire,
 - du pacte civil de solidarité,
- s'agissant du capital en cas de prédécès d'un enfant de moins de 12 ans, le justificatif des frais exposés,
- le certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel).

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, le souscripteur doit fournir l'attestation d'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale. En outre, les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge sont à renouveler périodiquement.

S'agissant de la rente de conjoint :

- à la date du décès, une attestation sur l'honneur de la non-entrée en jouissance des droits à la pension vieillesse,
- chaque année, au cours du premier trimestre civil, l'attestation sur l'honneur de la non-entrée en jouissance des droits à la pension vieillesse et extrait d'acte de naissance.

Le service des rentes étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'ayant droit, l'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation du bénéficiaire.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Doivent être adressés à l'assureur :

- les pièces visées au paragraphe précédent relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital,
- la demande de reconnaissance de l'état de **perte totale et irréversible d'autonomie**,
- l'attestation de versement de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente par la Sécurité sociale,
- la notification de la décision de la Sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- le certificat du médecin traitant.



CHAPITRE 3

DÉCÈS ACCIDENTEL OU CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital supplémentaire lorsque le décès de l'assuré est consécutif à un accident ou à un accident vasculaire cérébral tel que défini à l'article 2 et qu'il survient dans le délai figurant ci-après.

Ledit capital peut être versé **par anticipation** lorsque l'accident ou l'accident vasculaire cérébral entraîne une PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE telle que définie à l'article 4.

Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire, le décès ou la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie doit avoir lieu dans les vingt-quatre mois civils (de date à date) qui suivent l'accident ou l'accident vasculaire cérébral.

Le versement du capital supplémentaire tel que défini à l'article 3 – MONTANT DU CAPITAL, quelle qu'en soit la cause (accident ou accident vasculaire cérébral) met fin à la garantie.

ARTICLE 2

DÉFINITIONS

2.1 Accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de l'adhérent.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

L'accident vasculaire cérébral n'est pas considéré à ce titre comme un accident puisqu'un accident vasculaire cérébral est soudain mais pas de cause extérieure.

2.2 Accident vasculaire cérébral (AVC)

L'accident vasculaire cérébral est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire dont la cause peut être une hémorragie cérébrale ou une ischémie due à l'occlusion d'une artère provoquant ainsi un infarctus (infarctus) cérébral.

Le mécanisme d'occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif, soit un caillot (de formation locale ou embolique).

D'autres causes peuvent être retenues : déchirure de la paroi d'une artère (dissection) ou compression par une tumeur.

Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire :

- l'accident vasculaire cérébral doit se manifester pour la première fois. En cas d'accidents vasculaires successifs entraînant le décès ou la reconnaissance de la perte totale ou irréversible d'autonomie, seul le premier permet de bénéficier de la garantie
- l'adhérent ne doit jamais avoir eu la nécessité ou le besoin de se faire soigner préalablement pour ce type de maladie.

ARTICLE 3

DÉCÈS DE L'ASSURÉ

3.1 Montant du capital

Le montant du capital supplémentaire est fixé comme ci-après en fonction de l'option retenue par les bénéficiaires et appliquée comme décrit au Chapitre 2 :

Option 1

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans personne à charge : 125 %,
- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 200 %,
- Majoration par personne à charge : 40 %.

Option 2

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement sans personne à charge : 125 %,
- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 125 %,
- Majoration par personne à charge : 25 %.

Option 3

Le montant du capital est fixé à 100 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), quelle que soit la situation de famille.

Option 4

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- Marié ou Pacsé sans personne à charge : 100 %,
- Majoration par personne à charge : 25 %.

3.2 Cas du versement d'un capital au titre de l'infirmité permanente accidentelle

Si, pour un même accident ou accident vasculaire cérébral, un capital a déjà été versé au titre de la garantie INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE visée au Chapitre 5 (article 1), le montant de celui-ci est déduit du montant du capital supplémentaire.

3.3 Bénéficiaires du capital

Les bénéficiaires du capital sont ceux prévus au titre de la garantie DÉCÈS au Chapitre 2 (article 6).

ARTICLE 4

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les dispositions sont celles prévues en la matière au Chapitre 2 (article 7), étant précisé que la preuve de la relation entre la perte totale et irréversible d'autonomie et l'accident ou l'accident vasculaire cérébral doit être reçue par l'assureur dans les **vingt-quatre mois** qui suivent l'accident ou accident vasculaire cérébral.

ARTICLE 5

PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doit être adressé à l'assureur, outre les pièces visées au Chapitre 2 (article 11), tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident ou l'accident vasculaire cérébral et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

S'agissant d'un accident vasculaire cérébral, le bénéficiaire doit en outre remettre à l'assureur tout document susceptible de prouver qu'il s'agit d'un premier accident vasculaire cérébral (justificatifs médicaux).

La preuve du caractère accidentel ou du caractère premier de l'accident vasculaire cérébral incombe au(x) bénéficiaire(s) du capital ou à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.



CHAPITRE 4

INCAPACITÉ DE TRAVAIL INVALIDITÉ PERMANENTE

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail de l'assuré,
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente de l'assuré ou en cas d'incapacité permanente au moins égale à 33 %,

sous réserve :

- du versement des prestations de la Sécurité sociale au titre de l'assurance Maladie (prestation en espèces), assurance Invalidité (rente d'invalidité), assurance accidents du travail et maladies professionnelles (indemnités journalières et rente d'incapacité permanente),
- et de l'application de l'article 6.

ARTICLE 2

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1 Franchise

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail appelée "franchise".

Personnel bénéficiant des dispositions de la Convention Collective

La franchise est égale à la période de plein salaire résultant des dispositions de la Convention Collective.

Personnel ne bénéficiant pas des dispositions de la Convention Collective

La franchise est égale à 90 jours d'arrêt continu et total de travail pour maladie ou accident.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale est prise en compte pour la détermination de la franchise.

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité au service du souscripteur et doit l'interrompre moins de deux mois après pour la même cause (sous réserve de l'existence du contrat), le service de l'indemnité journalière reprend dès le premier jour de la nouvelle interruption de travail.

2.2 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 85 % de la 365^{ème} partie de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction de l'indemnité de la Sécurité sociale à la date de l'arrêt de travail et du salaire éventuellement maintenu par le souscripteur.

A partir de la date de rupture du contrat de travail, le montant de l'indemnité journalière est révisé de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré (indemnité journalière de la Sécurité sociale majorée des prestations de l'assureur) ne puisse excéder 100 % de la 365^{ème} partie du salaire net imposable correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6).

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre, d'une part, le salaire qui aurait été perçu si l'assuré avait travaillé à temps plein, d'autre part, le cumul du salaire effectif et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité sociale.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance. **En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation.** Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

2.3 Cessation de l'indemnité journalière

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de fin du service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

2.4 Modalités de règlement

L'indemnité journalière est payable à réception des décomptes de la Sécurité sociale.

Pendant toute la durée du contrat de travail liant l'assuré au souscripteur, l'indemnité journalière est versée au souscripteur. Après rupture du contrat de travail, l'indemnité journalière est versée à l'assuré.

ARTICLE 3

INVALIDITÉ PERMANENTE

3.1 Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalides dans laquelle l'assuré est classé par la Sécurité sociale.

Il est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

- 1ère catégorie: 60 %,
- 2ème catégorie : 85 %,
- 3ème catégorie : 85 %,

sous déduction de la rente de la Sécurité sociale dont le montant est ramené à la date de début de l'arrêt de travail compte tenu de l'évolution de la

valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre cette date et la date de passage en invalidité.

Le montant de la rente d'invalidité de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6), revalorisée entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance. **En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation.** Le montant de la rente sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

S'agissant d'un assuré classé en invalidité, et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que cumulé au salaire net imposable perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité sociale perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder **100 % du salaire net imposable** qu'il percevrait s'il exerçait une activité à temps plein. Par ailleurs, ce montant ne peut excéder celui qui serait versé si l'assuré n'exerçait pas d'activité. En cas de nouvel arrêt de travail de l'assuré, lorsque le cumul des prestations tant de l'assureur que de la Sécurité sociale (indemnité journalière et rente d'invalidité) excède **100 % du salaire net imposable** qu'il aurait perçu s'il avait travaillé à temps plein, la rente d'invalidité est réduite à concurrence du dépassement constaté.

Dès qu'il est constaté, pour un assuré exerçant une activité chez un autre employeur, que le cumul des rentes (assureur et Sécurité sociale), de tout salaire (net imposable), de toute prestation du PÔLE EMPLOI, excède 100 % du salaire net imposable correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6) et revalorisée jusqu'à la période considérée, la rente est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés à la période considérée.

3.2 Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

- 1ère catégorie: invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2ème catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque,
- 3ème catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

3.3 Effet et cessation de la rente

La rente débute dès le classement de l'assuré par la Sécurité sociale dans l'une des catégories d'invalides ; elle cesse quand prend fin le service de la rente par cette dernière et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou pension pour inaptitude au travail.

3.4 Modalités de règlement

La rente annuelle est payable mensuellement à l'assuré.

ARTICLE 4

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

4.1 INCAPACITÉ DE TRAVAIL : franchise, montant de l'indemnité journalière, cessation de l'indemnité journalière, modalités de règlement

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'incapacité temporaire de travail consécutive à maladie ou accident (article 2).

4.2 INCAPACITÉ PERMANENTE : montant de la rente, définition des catégories d'invalides, effet, cessation de la rente, modalités de règlement

Comme indiqué à l'article 1, une rente est servie lorsque le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale est au moins égal à 33 %.

Montant de la rente

Taux égal ou supérieur à 66 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 85 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Taux au moins égal à 33 % et inférieur à 66 % :

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au

Chapitre 1 (article 6), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale :

$85 \% \times (N/66)$

N représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale.

Le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder **100 % du salaire net imposable** correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6).

Effet et cessation de la rente, revalorisation

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues en matière d'invalidité permanente consécutive à maladie ou accident (article 3). Le service de la rente cesse à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail).

ARTICLE 5

PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'assureur toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- avis d'interruption de travail dûment complété par le souscripteur,
- attestation de l'employeur mentionnant les salaires (bruts et nets imposables) de la période retenue pour la base des prestations,
- le certificat médical du médecin traitant,
- s'agissant d'un assuré reprenant le travail mais toujours indemnisé par la Sécurité sociale (mi-temps thérapeutique ou 1ère catégorie d'invalides) : attestations de salaire,
- s'agissant d'un assuré classé en 1ère catégorie d'invalides et ne travaillant pas : déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle,
- le cas échéant, attestation et décompte des prestations du PÔLE EMPLOI,
- photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance,
- à la mise en place de la rente d'invalidité, et chaque année, la copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS,
- en cas de rupture du contrat de travail, ou bien lorsque l'assuré souhaite recevoir sa rente d'invalidité par virement : un relevé d'identité bancaire.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

- tout changement de nature des prestations de la Sécurité sociale,
- toute reprise du travail,
- toute rupture du contrat de travail.

Lorsque l'assuré ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité sociale, l'assureur détermine sa prestation comme si l'assuré avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité sociale. L'assureur poursuivra le paiement des prestations sur la base des montants versés précédemment en déduisant les prestations Sécurité sociale évaluées forfaitairement et sous réserve de la prolongation d'arrêt de travail par son médecin traitant.

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai maximum de deux mois (de date à date) à compter de l'expiration de la franchise, sinon ils sont considérés comme ayant débuté au jour de la déclaration.

ARTICLE 6

CONTRÔLE MÉDICAL

A tout moment durant un arrêt de travail pour incapacité temporaire ou invalidité permanente, l'assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'assuré de se soumettre aux contrôles demandés par l'assureur. L'assuré doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions de l'assureur relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a désigné, sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

En cas de contestation par l'assuré des conclusions du médecin désigné par l'assureur, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'assureur et l'assuré, à partir de la liste de médecins experts proposés par l'assureur. Faute d'entente sur son choix, la

désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'assureur et à l'assuré, sans que ce dernier puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

L'assureur et l'assuré supportent chacun la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

ARTICLE 7

SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'assuré et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances : l'assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout tiers responsable.

CHAPITRE 5

INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas d'INFIRMITÉ PERMANENTE de l'assuré consécutive à un **accident** survenu pendant la période d'assurance et tel que visé à l'article 2, sous réserve que l'infirmité soit constatée dans le délai visé audit article et que son taux, déterminé conformément aux dispositions de l'article 3, soit au moins égal à 10 %.

ARTICLE 2

DÉFINITION

Par "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'assuré.

Pour ouvrir droit au versement du capital, l'atteinte corporelle doit être constatée dans les vingt-quatre mois (de date à date) qui suivent l'accident. Lorsque la consolidation n'est pas intervenue dans les trente-six mois (de date à date) qui suivent l'accident, l'état de l'assuré est apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

ARTICLE 3

DÉTERMINATION DU TAUX D'INFIRMITÉ

Le taux d'infirmité, déterminé d'après le barème d'invalidité retenu par la Sécurité sociale en matière d'accidents du travail, est estimé en fonction de la capacité existant à la veille de la date de l'accident ouvrant droit à prestation. Une fois fixé, en cas d'aggravation ultérieure de l'atteinte corporelle, le taux ne peut donner lieu à révision.

ARTICLE 4

MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est égal, sous déduction du montant du capital éventuellement versé pour cause de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, au produit des deux éléments suivants :

- D'une part, le taux d'infirmité, celui-ci devant être supérieur à 10 %,
- D'autre part, le pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) suivant et correspondant à l'option retenue :
 - Option 1 : 170 %
 - Option 2 : 170 %
 - Option 3 : 680 %
 - Option 4 : 170 %.

ARTICLE 5

PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'assureur :

- à l'origine : déclaration de l'accident indiquant la date, le lieu et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, accompagnée d'un certificat médical comportant la description détaillée des blessures et indiquant les conséquences qui peuvent éventuellement en découler,
- dès consolidation de l'état de l'assuré : certificat du médecin traitant indiquant les conséquences définitives de l'accident accompagné de toute pièce de nature à permettre une exacte appréciation de l'état de l'assuré ainsi que la détermination du taux d'infirmité.

Toute difficulté d'ordre médical pourra être réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, ces deux médecins en désigneront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

L'assuré est tenu de recourir immédiatement aux soins médicaux nécessaires et de suivre soigneusement les prescriptions du médecin traitant ; l'aggravation due au retard, à la négligence ou à l'inobservation du traitement médical de la part de l'assuré sera considérée comme résultant du fait volontaire ou intentionnel et par là-même exclue de la garantie car ne résultant pas d'un accident.

La preuve du caractère accidentel de l'infirmité permanente incombe à l'assuré.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGÉS SANS SOLDE

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, à tout membre du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION,
- CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE,
- CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE,
- CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL,
- CONGÉ POUR CRÉATION D'ENTREPRISE,
- CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGÉ SABBATIQUE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans le mois qui suit ladite date ; **le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.**

Toutefois, pour les assurés déjà bénéficiaires du présent maintien de l'assurance au titre du contrat remplacé par celui-ci, la date d'effet de la garantie est celle du présent contrat.

ARTICLE 1

GARANTIES ASSURÉES

Les garanties maintenues sont le DÉCÈS soit l'ensemble des garanties définies au Chapitre 2, et

le DÉCÈS ACCIDENTEL OU CONSÉCUTIF À UN AVC, défini au Chapitre 3.

ARTICLE 2

BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation et des prestations est le salaire annuel brut tel que visé au Chapitre 1 (article 6), afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire du congé, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date du sinistre et le début du congé.

ARTICLE 3

CESSATION DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance prend fin à la date de fin du congé en question, et en tout état de cause, dans les cas prévus aux conditions générales du contrat, Chapitre 1 (paragraphe 4.2).

EXTENSION AUX EXPATRIÉS AFFILIÉS OU NON AFFILIÉS À LA CFE

L'assurance est étendue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel salarié appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), expatriés affiliés ou non affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger (C.F.E.) pour les garanties Maladie (option Indemnités Journalières), Maternité, Invalidité et Accidents du Travail - Maladies Professionnelles.

Il est précisé qu'aux termes de "Sécurité sociale" sont substitués ceux de "Caisse des Français de l'Etranger" pour les salariés expatriés affiliés à la CFE.

Pour les expatriés non affiliés à la CFE, les prestations en cas d'arrêt de travail sont fixées en pourcentage de la base de l'assurance, les prestations étant payables au 1^{er} euro.

ARTICLE 1

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'extension des garanties cesse :

- à la fin de la période d'expatriation,
- en tout état de cause, dans les cas prévus aux conditions générales, Chapitre 1 (paragraphe 4.2).

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EN CESSATION ANTICIPÉE D'ACTIVITÉ

Les garanties du contrat sont maintenues au personnel en cessation anticipée d'activité (congé de fin de carrière, préretraité, ARPE, préretraite progressive).

ARTICLE 1

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la cessation d'activité.

La liste nominative des concernés est communiquée par le souscripteur à la fin de chaque exercice. Le maintien de l'assurance prend fin :

- à la date de la liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale,
- à la date de résiliation du contrat.

ARTICLE 2

GARANTIES MAINTENUES

La garantie décès est maintenue aux mêmes clauses et conditions que celles définies aux chapitres 2 "Décès" et 3 "Décès accidentel ou consécutif à un accident vasculaire cérébral (AVC)" pour le personnel en activité, sachant toutefois que seules les options 1, 2 et 4 sont ouvertes aux membres du personnel bénéficiant du présent maintien de l'assurance.

ARTICLE 3

BASE DE L'ASSURANCE

- **Personnel préretraité bénéficiant de l'application de l'accord du 6 septembre 1995 concernant la cessation anticipée d'activité et personnel bénéficiant d'un congé de fin de carrière :**
La base de la cotisation et des prestations est le salaire annuel brut tel que visé au Chapitre 1 (article 6), afférent aux douze derniers mois d'activité (à l'exclusion de tout élément de rémunération lié au départ du salarié) et revalorisé, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de la cessation anticipée d'activité, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC/ARRCO entre la date du sinistre et le début de la cessation anticipée d'activité.
- **Personnel mis à disposition de préretraite progressive :**
La base de la cotisation et des prestations est le salaire déclaré par le souscripteur au 31 décembre de l'exercice considéré (à l'exclusion de tout élément de rémunération lié au départ du salarié).

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIÉS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

ARTICLE 1

BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 5, dont la rupture du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

ARTICLE 2

PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN

Les garanties du contrat sont maintenues, à compter du lendemain du jour de rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, telle que déclarée par le souscripteur, dans la limite de 12 mois.

ARTICLE 3

CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux évènements :

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de résiliation des contrats.

ARTICLE 4

MODALITÉS DU MAINTIEN

La franchise contractuelle applicable en cas d'incapacité temporaire de travail est celle qui serait appliquée à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

L'arrivée du terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la cessation du maintien de leurs garanties.

La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié (à l'exclusion de tout élément de rémunération lié au départ de l'ancien salarié).

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires, et dans le respect des limitations contractuelles ne pourra conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçues le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

ARTICLE 5

MODALITÉS D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIÉ

Après l'avoir complété et signé, le souscripteur transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée.

ARTICLE 6

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.



CHAPITRE 10

SERVICES D'ASSISTANCE

ARTICLE 1

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet la mise en œuvre de services d'assistance en cas de décès accidentel ou d'atteinte corporelle grave de l'assuré.

ARTICLE 2

MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

Modalités d'intervention de l'assureur

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services d'assistance, l'assuré ou l'un de ses proches doit impérativement contacter l'assureur au **01 72 59 51 60**.

L'assureur attribue alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de ses prises en charge.

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu de l'assuré. Pour ouvrir droit aux services d'assistance, le domicile doit être situé en France métropolitaine.

Limitation des engagements de l'assureur

L'assureur prend en charge les seules prestations qu'il organise. L'organisation par l'assuré lui-même ou par son entourage de l'un des services d'assistance sans l'accord préalable de l'assureur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut

donner lieu à remboursement.

L'assureur ne prend pas en charge, et ne rembourse pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de sa part, ni tout autre frais non prévu dans le présent chapitre.

Les services d'assistance qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services d'assistance est une obligation. Au cas, où l'assuré ne la satisferait pas, il perdrait le bénéfice de ces garanties et les engagements de l'assureur deviennent nuls.

La responsabilité de l'assureur ne peut être engagée dans les cas suivants :

- le dommage professionnel ou commercial que l'assuré aurait subi lors de l'exécution d'un des services d'assistance de l'assureur,
- le retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou l'impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerre (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

L'assureur ne peut pas se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et il ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

ARTICLE 3

ASSISTANCE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave, l'assureur met en œuvre les services complémentaires ci-après. L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit aux prestations, l'atteinte corporelle doit être constatée par une autorité médicale.

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assureur organise et prend en charge son rapatriement sanitaire

L'assureur choisit le moyen de transport le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.

Il dirige alors l'assuré :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Si l'assuré se trouve en dehors de son secteur hospitalier, l'assureur se charge également de ramener l'assuré jusqu'à son domicile une fois que son état de santé le permet.

La décision de rapatrier l'assuré est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'organisation du rapatriement, le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, des moyens utilisés ou de la nécessité de son accompagnement relèvent exclusivement de l'équipe médicale de l'assureur après que celle-ci ait pris contact avec le médecin de l'assuré sur place.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale de l'assureur entraîne l'annulation de la présente garantie.

L'assureur peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, l'assureur demande à l'assuré de lui restituer le titre de transport lorsqu'il a pris en charge le retour de l'assuré.

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave qui l'immobilise à son domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de cinq jours

L'assureur organise et prend en charge les services complémentaires suivants :

- **l'acheminement d'un proche à son chevet** si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 km de son domicile. Pour cela, l'assureur lui fournit un billet aller-retour en train 1ère classe ou en avion classe économique.
- **la garde des enfants et petits-enfants de l'assuré** s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que l'assuré ne peut en assurer la garde :
 - soit en permettant la venue d'un proche à son domicile (en train 1ère classe ou avion classe économique) ;
 - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche (en train 1ère classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;
 - soit en confiant la garde des enfants au domicile de l'assuré à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Cette prestation est limitée à trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. L'assureur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.
- **une aide - ménagère à domicile**
L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide - ménagère à domicile pour assurer les tâches domestiques de l'assuré. Pour bénéficier de cette prestation, ce dernier doit en faire la demande à l'assureur dans les 8 jours suivant son immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. L'assureur limite toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant l'atteinte corporelle grave. La durée de présence de l'aide - ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assureur, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

ARTICLE 4**ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL**

En cas de décès accidentel, l'assureur met en œuvre des services d'assistance si le décès de l'assuré survient à plus de 50 km de son domicile.

L'assureur organise le rapatriement du corps ou des cendres de l'assuré du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France Métropolitaine.

Il prend en charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil dans la limite de 770 euros,
- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est du ressort exclusif de l'assureur. Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération) restent à la charge de la famille.

L'assureur met un service de renseignements téléphoniques à la disposition des proches de l'assuré décédé.

Ce service a pour but d'informer les proches de l'assuré sur les points suivants :

- les démarches lors d'un décès : les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d'organes, le don du corps et la crémation,
- les démarches après le décès : la constatation, la déclaration, l'information et les dispositions financières,
- les réglementations particulières : les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport et l'inhumation dans une concession de famille,
- l'héritage et la succession : la dévolution légale, les ordres et les degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l'héritage, les testaments et les pensions ou allocations.

Si les questions qui sont posées à l'assureur nécessitent des recherches ou de la documentation, ce dernier rappellera son interlocuteur dès qu'il sera en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

En cas de rapatriement de corps, l'assureur organise le retour au domicile des proches de l'assuré qui voyageaient avec lui.

Si les moyens de transport prévus initialement pour le voyage de retour ne sont ni utilisables, ni modifiables, l'assureur prend à sa charge un billet aller simple (avion classe économique ou train 1ère classe) pour chacun des proches qui accompagnaient l'assuré.

L'assureur facilite la présence d'un proche sur le lieu du décès de l'assuré.

Si l'assuré était seul au moment de son décès et si la présence d'un proche est indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, l'assureur met à la disposition de ce proche un titre de transport aller-retour (avion classe économique ou train 1ère classe). L'assureur prend également à sa charge ses frais d'hébergement à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner), pour 3 nuits maximum et dans la limite de 77 euros par nuit.

ARTICLE 5**DÉFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE****Territorialité**

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France uniquement à l'exclusion de la Corse.

France

France métropolitaine.

Les autres garanties s'exercent en France uniquement à l'exclusion de la Corse.

Les principautés de Monaco et d'Andorre sont conventionnellement incluses dans cette définition ainsi que les départements d'outre-mer sauf stipulation contractuelle contraire.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

France métropolitaine.

Séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de votre volonté.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies, ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Equipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'assistant.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou l'un de ses ayants droit et domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

