

**Conditions
Générales**



Galya Majoritaire Prévoyance

“Hors Loi Madelin”
Garanties en cas de décès

Assuré d'avancer



Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

ASSOCIATION AEERP

Association Loi 1901
4 square de l'Opéra Louis-Jouvet
75009 Paris

ci-après dénommée **"L'ASSOCIATION CONTRACTANTE"**, d'une part,

et

GROUPAMA GAN VIE

Société anonyme au capital de 932 007 489 € (entièrement versé)
340 427 616 RCS Paris - APE : 6511Z
dont le siège social est situé 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à
l'Autorité de contrôle prudentiel – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

ci-après dénommé **"L'ASSUREUR"**, d'autre part.

Gan Eurocourtage distribue les produits de Groupama Gan Vie.



Sommaire

TITRE 1 - GÉNÉRALITÉS	3
Article 1. Objet du contrat.....	3
Article 2. Définitions	3
TITRE 2 - GARANTIES	5
Article 3. Garantie en cas de décès de l'adhérent.....	5
Article 4. Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent.....	8
Article 5. Garantie en cas de décès du "conjoint" survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'adhérent (Double Effet).....	10
Article 6. Garantie optionnelle en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent consécutif à un accident.....	11
Article 7. Garantie Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail.....	11
TITRE 3 - EXÉCUTION DU CONTRAT	13
Article 8. Référence légale - Prescription - Renonciation.....	13
Article 9. Date d'effet - Durée - Renouvellement et résiliation du contrat.....	14
Article 10. Adhésion des membres de l'association contractante.....	14
Article 11. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties - Modification en cours d'adhésion	15
Article 12. Cessation de l'adhésion et des garanties.....	15
Article 13. Information des adhérents.....	16
Article 14. Réclamation - Informatique et libertés	16
Article 15. Dispositions applicables en cas de résiliation.....	17
TITRE 4 - DISPOSITIONS FINANCIÈRES	18
Article 16. Cotisation	18
Article 17. Base de calcul de la cotisation	18
Article 18. Clauses de fusion.....	18
Article 19. Comptes de résultats - Taux de rendement de l'actif - Provision pour égalisation - Unité de référence - Fonds de revalorisation	19



Titre 1. Généralités

Article 1. *Objet du contrat*

Le présent contrat GALYA MAJORITAIRE PRÉVOYANCE "HORS LOI MADELIN" - Garanties en cas de décès est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative appartenant à la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE de l'assureur.

Les garanties souscrites par l'adhérent lors de son adhésion au contrat et le montant des prestations correspondantes figurent à l'avenant d'adhésion au contrat.

Les garanties ont pour objet :

- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent (article 3),
- le paiement d'un capital à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive (article 4),
- le paiement d'un capital aux enfants à charge en cas de décès du conjoint de l'adhérent ou de son partenaire survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'adhérent - Double effet (article 5),
- le paiement d'un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent ou à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive lorsque cet événement est consécutif à un accident (article 6). Cette garantie accidentelle est optionnelle, sa souscription faisant dans tous les cas l'objet d'une mention à l'avenant d'adhésion,
- l'exonération du paiement des cotisations afférentes aux garanties souscrites, en cas d'interruption de travail de l'adhérent consécutive à une maladie ou à un accident (article 7).

Des garanties Assistance sont proposées conjointement à la garantie en cas de décès de l'article 3 du présent contrat.

L'adhésion au présent contrat GALYA MAJORITAIRE PRÉVOYANCE "HORS LOI MADELIN" - Garanties en cas de décès ne peut être souscrite que par un adhérent n'ayant pas souscrit la garantie en cas de décès (article 3) du contrat "LOI MADELIN" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE, à la date de sa demande d'adhésion au présent contrat.

Article 2. *Définitions*

Accident

Par le mot "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de

l'adhérent ou du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à l'adhérent, en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

Adhérent

Membre de l'association contractante, répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 10, adhérent au présent contrat et relevant d'un régime social de base non agricole en qualité de travailleur non-salarié :

- âgé de 67 ans ou moins à la date de signature de sa demande d'adhésion,
- entrepreneur individuel et exerçant son activité au sein d'une EIRL assujettie à l'impôt sur les sociétés ou exerçant le mandat de gérant majoritaire de SARL, de SELARL ou de SNC ou de gérant associé unique d'EURL.

Le gérant doit être une personne physique, désigné par un acte de la société relevant fiscalement de l'article 62 du code général des impôts lorsque la société est assujettie à l'impôt sur les sociétés ou imposé au titre du bénéfice social à l'impôt sur le revenu dans la catégorie BNC ou BIC.

Est considéré comme gérant majoritaire de SARL, de SELARL ou de SNC au sens du contrat :

- le gérant unique de SARL, de SELARL qui possède, avec son conjoint et ses enfants mineurs non émancipés, la majorité des parts sociales,
- le gérant de SARL, de SELARL ou de SNC membre d'un collège de gérance qui possède, avec les autres gérants, la majorité des parts sociales.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

Concubin

Personne avec laquelle l'adhérent vit en concubinage, dans la mesure où l'adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun d'entre eux est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS).

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du régime social de base en vertu du premier alinéa de l'article L.161-14 du code de la Sécurité sociale, ou le plus âgé, sera retenu.

Pour l'application des garanties du contrat, le concubin est pris en compte pour la détermination des enfants à charge. En cas de mariage ou de remariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'adhérent, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.

Conjoint

Conjoint de l'adhérent non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- ceux de l'adhérent,
- ceux de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin,

sous réserve :

- qu'ils soient âgés de moins de 21 ans,
- qu'âgés de moins de 26 ans, ils poursuivent leurs études et bénéficient du régime social de base en qualité d'ayant droit ou soient inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU), ou se trouvent sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail.

En outre, sauf pour les enfants de l'adhérent âgés de moins de 21 ans, ils doivent être à la charge du foyer fiscal de l'adhérent en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrir droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

- que handicapés, ils ne puissent se livrer à aucune activité professionnelle et qu'ils perçoivent quel que soit leur âge, une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution des allocations précitées mais auxquels celles-ci ne sont pas versées en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'adhérent sont pris en considération.

Il est précisé qu'au titre de la garantie Double Effet (article 5), en cas de décès du conjoint ou partenaire survenant après le décès de l'adhérent, les enfants doivent être à la charge fiscale du conjoint ou partenaire de l'adhérent en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrir droit à déduction fiscale

au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

Forfait de base

Le montant des prestations est déterminé en tenant compte du forfait retenu par l'adhérent lors de son adhésion défini ci-dessous, désigné dans le contrat sous le terme "forfait de base". Ce forfait doit correspondre à la base de calcul de la cotisation, telle qu'elle est définie à l'article 17.

Chaque forfait est exprimé en multiple du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et compris entre 0,50 et 6 fois ce salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, comme suit :

- Forfait 1 : 0,50
- Forfait 2 : 0,75
- Forfait 3 : 1
- Forfait 4 : 1,5
- Forfait 5 : 2
- Forfait 6 : 2,5
- Forfait 7 : 3
- Forfait 8 : 3,5
- Forfait 9 : 4
- Forfait 10 : 4,5
- Forfait 11 : 5
- Forfait 12 : 5,5
- Forfait 13 : 6

Il est entendu qu'en effectuant son choix, l'adhérent s'engage à ce que le montant du forfait retenu corresponde à ses seuls revenus professionnels annuels perçus et déclarés fiscalement au titre de l'activité définie ci-avant, les dividendes issus de son activité professionnelle étant intégrés à la base de calcul des prestations.

Le forfait est calculé sur la base du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au cours des quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu :

- le décès ou l'arrêt de travail si le décès est précédé d'une période d'incapacité ou d'invalidité,
- l'arrêt de travail en cas d'invalidité absolue et définitive.

Limites

- **Le montant des prestations versées sur la fraction du forfait de base supérieure à 4 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale est en tout état de cause réduit par rapport à celui des prestations versées sur la fraction inférieure à ce montant. Le pourcentage de réduction des prestations est indiqué à l'aveant d'adhésion.**
- **Il est précisé que le forfait de base de l'adhérent créateur (adhésion au contrat dans l'année qui suit la date de création de l'entreprise ou l'embauche du premier salarié) est en outre et en tout état de cause limité à :**
 - **au titre de la 1^{re} année d'assurance : 1 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, l'adhérent effectuant son choix entre les forfaits 1, 2 et 3,**

- au titre des 2^e et 3^e années d'assurance : **4 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, l'adhérent effectuant son choix entre les forfaits 1 à 9.**

L'adhérent modifiera son forfait dans les conditions de l'article 11.3).

Plein de capitaux

Le montant maximum des capitaux garantis (y compris les capitaux constitutifs payables sous forme de rentes) reposant sur la tête d'un même adhérent, au titre de l'ensemble de ses contrats de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE, est en tout état de cause limité à 1.500.000 euros.

En cas de dépassement de ce montant, le différentiel sera prélevé en priorité au titre de la garantie optionnelle en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident (article 6).

Si cette garantie n'est pas souscrite ou mise en jeu ou en cas d'insuffisance, le différentiel sera proportionnellement prélevé au titre de l'ensemble des garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive (capitaux et rentes) souscrites.

Maladie

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

Pacte civil de solidarité - PACS

Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

Partenaire

Personne avec laquelle l'adhérent est lié par un PACS.

Régime social de base

Tout régime de protection sociale de base de travailleurs non-salariés à adhésion légalement obligatoire.



Titre 2. Garanties

Article 3. Garantie en cas de décès de l'adhérent

A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) au paragraphe D) ci-après, sous réserve des dispositions du paragraphe C), un capital en cas de décès de l'adhérent. Le montant de ce capital est déterminé en fonction de la situation de famille de l'adhérent, avec une majoration par enfant à charge.

La situation de famille de l'adhérent est appréciée à la date du décès de l'adhérent au regard de l'Etat Civil et du nombre d'enfants à charge.

Le montant du capital calculé en pourcentage du forfait de base tel que défini à l'article 2 est indiqué à l'avenant d'adhésion.

Le bénéficiaire peut, à la date du décès de l'adhérent, sous réserve des dispositions énumérées ci-après, demander qu'un capital réduit lui soit versé et qu'une rente d'éducation soit également servie à chacun des enfants à charge.

Ce choix n'est accordé que dans la mesure où le taux exprimé en pourcentage du forfait de base retenu par l'adhérent tel qu'il figure à l'avenant d'adhésion est au minimum fixé en présence d'un enfant à charge à 450 % du forfait de base :

Conditions d'application du choix par le bénéficiaire

Le choix de la réduction du capital en contrepartie du versement d'une rente d'éducation est effectué dans un délai

maximum de 2 mois à compter de la date du décès de l'adhérent.

Ce choix est effectué par le bénéficiaire du capital décès tel que défini au paragraphe D)1) ci-après, sous réserve que ce bénéficiaire soit :

- unique,
- et le père ou la mère d'au moins un enfant à charge de l'adhérent.

Les autres enfants à charge, qui ne seraient pas ceux du bénéficiaire, percevront la majoration du capital leur revenant tel qu'il est prévu au paragraphe D)2) ci-après.

Montant du capital réduit

Le montant du capital réduit est égal au capital contractuellement souscrit, sous déduction :

- des capitaux constitutifs de rentes des enfants du bénéficiaire appelés à percevoir une rente d'éducation,
- des majorations revenant aux enfants à charge ne pouvant prétendre au bénéfice d'une rente d'éducation.

Le montant du capital réduit ne peut être inférieur à un montant minimum indiqué à l'avenant d'adhésion.

Montant de la rente d'éducation

Le montant annuel de la rente exprimé en pourcentage du forfait de base de l'adhérent tel que défini à l'article 2, est fixé à l'avenant d'adhésion.

Pour chaque enfant, le montant annuel de la rente est déterminé, à l'origine, suivant l'âge de l'enfant à la date du décès de l'adhérent. Il progresse ensuite, en fonction de l'âge de l'enfant. Le changement de taux s'effectue au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint la date anniversaire des âges fixés à l'avenant d'adhésion.

Pour l'enfant handicapé, le montant de la rente est fixé uniformément, quel que soit son âge.

B) RÉDUCTION DE LA GARANTIE

Si l'adhérent poursuit son activité professionnelle après son 67^e anniversaire, le montant de la prestation versée (y compris en cas d'exercice de l'option par le bénéficiaire) est réduit :

- d'un tiers à compter de cet anniversaire,
- de deux tiers à compter de son 70^e anniversaire.

C) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la 1^{re} année d'adhésion au contrat.**
- **Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français est exclu.**

D) ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

1) Attribution du capital

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'adhérent, le capital garanti revient à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à ses autres héritiers.

Si l'adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, il doit désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur. Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche des bénéficiaires désignés, l'adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.

L'assureur attire l'attention de l'adhérent sur la nécessité de mettre à jour régulièrement la désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).

Avec l'accord de l'adhérent, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'adhésion lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'adhérent est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire soit par acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire. L'acceptation n'est

opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

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

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

2) Attribution des majorations

Le droit aux majorations pour enfant à charge est subordonné à l'existence des personnes y ouvrant droit le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

En présence de plusieurs enfants à charge, les majorations auxquelles ils ouvrent droit sont totalisées pour être réparties par parts égales entre eux.

La majoration à laquelle ouvre droit l'enfant revient à son père ou à sa mère survivant, à condition que ce parent soit désigné pour bénéficier de tout ou partie du capital garanti. Dans le cas contraire, elle revient à l'enfant lui-même.

E) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Le décès doit être déclaré le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, qui comprennent notamment :

- un extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical, à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'adhérent a souscrit un PACS au jour de son décès, un extrait d'acte de naissance de l'adhérent avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger,

une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris,

- la preuve, le cas échéant, que l'enfant est à la charge du foyer fiscal de l'adhérent au sens de l'article 2 du contrat,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour enfant à charge.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire.

Outre ces pièces, les enfants âgés de plus de 21 ans appelés à bénéficier de la rente d'éducation doivent justifier selon le cas :

- qu'ils poursuivent leurs études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
- qu'ils sont sous contrat d'apprentissage dans les conditions prévues par le code du travail,
- qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

F) PAIEMENT DES PRESTATIONS

1) Paiement du capital

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception des pièces justificatives par l'assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires :

- le capital est partagé en fonction de la répartition éventuellement indiquée par l'adhérent ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaire désigné, de façon égale entre les bénéficiaires de même rang,
- le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

2) Service de la rente d'éducation

Les rentes d'éducation sont payables à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'adhérent et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son 21^e anniversaire.

A cette date, son service est poursuivi, à condition que l'intéressé soit étudiant, apprenti ou handicapé ou qu'il le devienne pendant la durée de ses études ou de son apprentissage.

La rente est également versée si à la date du décès de l'adhérent, l'enfant âgé de plus de 21 ans, effectue ses études ou est en apprentissage et est à charge du foyer fiscal de l'adhérent le cas échéant, ou est handicapé.

Elle est servie tant que l'enfant :

- poursuivant ses études, est inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou est sous contrat d'apprentissage. Dans ces cas, son versement cesse au plus tard au 1^{er} octobre de l'année au cours de laquelle il atteint son 26^e anniversaire.
- étant handicapé, bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés ou remplit les conditions pour en bénéficier lorsque celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources.

Les rentes sont servies :

- durant la minorité de l'enfant : à l'administrateur légal des biens de l'enfant,
- dès la majorité légale de l'enfant : à lui-même.

Revalorisation des rentes d'éducation : les rentes d'éducation sont revalorisées en fonction de la variation de la valeur de l'unité de référence définie à l'article 19.4), le 1^{er} octobre de l'année qui suit le décès de l'adhérent et tous les ans à la même date. La revalorisation, payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance trimestrielle, s'ajoute aux rentes d'éducation. La revalorisation est calculée de manière à ce que la prestation totale soit au moins égale à son montant initial augmenté dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date du décès de l'adhérent.

Article 4. Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent

A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si, avant l'âge d'admission à la retraite du régime social de base et, au plus tard, lors de son 62^e anniversaire, un adhérent est, consécutivement à une maladie ou à un accident, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce per-

sonne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît, sous réserve des dispositions du paragraphe B) ci-après, en état d'invalidité absolue et définitive.

L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base de l'adhérent.

L'assureur lui verse alors, **un capital identique à celui prévu à l'article 3**, dont le montant est calculé en pourcentage du forfait de base de l'adhérent tel que défini à l'article 2.

La situation de famille de l'adhérent est appréciée à la date d'exigibilité du capital, à savoir six mois après la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état, au regard de l'État Civil, de la conclusion éventuelle d'un PACS et du nombre d'enfants à charge.

Il est précisé que, sous réserve de la souscription par l'adhérent d'un capital minimum tel que fixé à l'article 3.A) ci-avant, l'adhérent peut demander le versement d'un capital réduit et le service d'une rente d'éducation à chacun des enfants à charge.

Le versement du capital dû en cas d'invalidité absolue et définitive met fin, pour l'adhérent concerné, à la garantie en cas de décès de l'article 3.

B) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- *accident ou maladie causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active,*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'Etat français.*

En outre, sauf application des dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

C) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe à l'adhérent qui est tenu d'apporter la preuve à l'assureur, au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat médical détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur,
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne telle que la notification de l'attribution par le régime social de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'adhérent a souscrit un PACS au jour de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive, un extrait d'acte de naissance de l'adhérent avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris,
 - la preuve, le cas échéant, que l'enfant est à la charge du foyer fiscal de l'adhérent au sens de l'article 2 du contrat,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive,
- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour enfant à charge.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire.

Outre ces pièces, les enfants âgés de plus de 21 ans appelés à bénéficier de la rente d'éducation doivent justifier selon le cas :

- qu'ils poursuivent leurs études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
- qu'ils sont sous contrat d'apprentissage dans les conditions prévues par le code du travail,
- qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur, au plus tard, deux mois après le 62^e anniversaire de l'adhérent.

Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'invalidité absolue et définitive

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Si l'adhérent s'oppose aux visites médicales et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement du capital.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un 3^e médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires d'arbitrages sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur.

D) PAIEMENT DES PRESTATIONS

1) Mode de règlement du capital

Le capital garanti, payable à l'adhérent lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'assureur, de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état. En cas de décès de l'adhérent avant la date d'exigibilité de la prestation, un capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 3.D).

2) Service de la rente d'éducation

Les rentes d'éducation sont payables à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de reconnaissance en invalidité absolue et définitive de l'adhérent et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son 21^e anniversaire.

A cette date, son service est poursuivi, à condition que l'intéressé soit étudiant, apprenti ou handicapé ou qu'il le devienne pendant la durée de ses études ou de son apprentissage.

La rente est également versée si à la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive de l'adhérent, l'enfant âgé de plus de 21 ans, effectue ses études ou est en apprentissage et est à charge du foyer fiscal de l'adhérent le cas échéant, ou est handicapé.

Elle est servie tant que l'enfant :

- poursuivant ses études, est inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou est sous contrat d'apprentissage. Dans ces cas, son versement cesse au plus tard au 1^{er} octobre de l'année au cours de laquelle il atteint son 26^e anniversaire,
- étant handicapé, bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés ou remplit les conditions pour en bénéficier lorsque celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources.

Les rentes sont servies :

- durant la minorité de l'enfant : à l'adhérent,
- dès la majorité légale de l'enfant : à lui-même.

Revalorisation des rentes : Les rentes d'éducation sont revalorisées en fonction de la variation de la valeur de l'unité de référence définie à l'article 19.4), le 1^{er} octobre de l'année qui suit la date d'exigibilité de la prestation garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent et tous les ans à la même date.

La revalorisation, payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance trimestrielle, s'ajoute aux rentes d'éducation. La revalorisation est calculée de manière à ce que la prestation totale soit au moins égale à son montant initial augmenté dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'exigibilité de la prestation garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent.

Article 5. Garantie en cas de décès du "conjoint" survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'adhérent (double effet)

A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si le conjoint ou le partenaire de l'adhérent décède avant l'âge de 62 ans, sous réserve des dispositions du paragraphe B) et dans la mesure où ce décès se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès de l'adhérent) ou postérieurement à celui de l'adhérent, un capital est versé au profit du ou des enfants à charge à la date du décès de l'adhérent et qui demeurent encore à charge du conjoint ou partenaire au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

Le montant de ce capital est fixé à :

- 100 % du capital défini à l'article 3 et versé lors du décès de l'adhérent ou qui aurait été versé lorsque le bénéficiaire désigné a choisi le versement d'un capital réduit.

Pour le calcul du capital, il n'est pas tenu compte du capital supplémentaire éventuellement versé en cas de décès consécutif à un accident.

Il est précisé que le concubin tel que défini à l'article 2 n'est pas concerné par la présente garantie.

B) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la 1^{re} année de garantie du conjoint ou partenaire.**
- **Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'Etat français est exclu.**

C) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'adhérent a souscrit un PACS au jour de son décès, un extrait d'acte de naissance de l'adhérent avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger, une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris,
 - la preuve, le cas échéant, que l'enfant est à la charge fiscale de l'adhérent ou du partenaire au sens de l'article 2 du contrat ;
- un certificat médical, à transmettre, sous pli confidentiel, au médecin conseil de l'assureur, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- le cas échéant, tous documents précisant les cause et circonstances de l'accident ayant entraîné le ou les décès,
- tous documents permettant la justification des charges de famille.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire.

Le règlement des sommes dues est effectué aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 3 en cas de décès de l'adhérent.

Attribution du bénéfice du capital

Le capital garanti revient au(x) enfant(s) à charge de l'adhérent à la date de son décès.

En outre, en cas de décès du conjoint ou partenaire survenant après le décès de l'adhérent, les enfants doivent demeurer à la charge du conjoint ou partenaire au sens de l'article 2 du contrat.

Article 6. Garantie optionnelle en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent consécutif à un accident

Cette garantie est accordée lorsque l'avenant d'adhésion prévoit son attribution.

A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser, sous réserve des dispositions du paragraphe B), un capital supplémentaire :

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) à l'article 3.D), si l'adhérent décède avant l'âge de 67 ans consécutivement à un accident,

ou

- à l'adhérent lui-même, si en raison d'un accident, il est atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 4 avant l'âge de 62 ans.

Le montant de ce capital supplémentaire rappelé à l'avenant d'adhésion, est égal à :

- 100 % du capital décès prévu à l'article 3, **avant minoration éventuelle** du fait du choix du bénéficiaire ou de l'adhérent pour le versement d'un capital réduit et d'une rente d'éducation à chacun des enfants à charge.

La garantie s'applique, à condition que le décès ou l'invalidité absolue et définitive survienne, au plus tard, douze mois après l'accident.

Le versement du capital dû en cas d'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident met fin pour l'adhérent concerné à la garantie prévue en cas de décès par accident.

B) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **maladie, même d'origine accidentelle ;**
- **accident causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;**

- **accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ;**
- **accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ;**
- **accident occasionné par une guerre mettant en cause l'Etat français.**

C) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les formalités sont celles définies aux articles 3 et 4 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent.

Outre les pièces justificatives énumérées aux dits articles, la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive doit être apportée à l'assureur, par tout document.

Le capital est versé dans les conditions définies aux articles 3 et 4 pour les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent.

Toutefois, au titre de la présente garantie, le bénéficiaire ou l'adhérent ne dispose pas du choix de versement d'un capital réduit et d'une rente d'éducation.

Article 7. Garantie exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Si l'adhérent est en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de son 67^e anniversaire, il continue à bénéficier des garanties souscrites dans les conditions du contrat :

- sous réserve que les cotisations continuent à être versées à l'assureur tant qu'il ne bénéficie pas des dispositions relatives à l'exonération du paiement de la cotisation prévues au paragraphe A) ci-dessous,

- sans contrepartie de cotisation, dès la date d'application des dispositions précitées du paragraphe A).

A) DÉTERMINATION DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt total de travail d'un adhérent consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de son 67^e anniversaire, la cotisation relative aux garanties souscrites cesse d'être due :

- **si la garantie en cas d'arrêt de travail n'est pas souscrite au titre du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE par l'adhérent** : à compter du 31^e jour d'arrêt total et continu de travail.

Est considéré en arrêt total et continu de travail, l'adhérent se trouvant en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité permanente totale tel que défini ci-après, reconnu par l'assureur.

- Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou à un accident qui place l'adhérent dans la totale incapacité physique ou psychique constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident entraînant la totale impossibilité physique ou psychique pour l'adhérent, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession lui procurant un traitement équivalent à celui qu'il recevait avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident.
- **si la garantie en cas d'arrêt de travail est souscrite au titre du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE par l'adhérent** : dès le versement des prestations prévues au titre des garanties en cas d'arrêt total de travail et pendant toute la durée de leur versement mais au plus tôt, à compter du 31^e jour d'arrêt de travail total et continu.

Tant que l'adhérent est exonéré du paiement de la cotisation dans les conditions ci-dessus, les garanties souscrites accordées en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive sont maintenues aux conditions prévues aux articles correspondants.

Les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, survenu à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat.

B) DÉCLARATION ET JUSTIFICATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL DE L'ADHÉRENT

La preuve de l'arrêt de travail incombe à l'adhérent qui est tenu d'en faire par écrit, la déclaration à l'assureur, dans les délais suivants :

- **si la garantie en cas d'arrêt de travail n'est pas souscrite au titre du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE par l'adhérent** : dans le mois qui suit la date d'arrêt du travail.
- **si la garantie en cas d'arrêt de travail est souscrite au titre du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE par l'adhérent et** :
 - si la durée de la franchise est inférieure à 90 jours : dans les 3 mois suivant la date d'arrêt du travail,
 - si la durée de la franchise est égale ou supérieure à 90 jours : dans les 30 jours suivant la date d'expiration de la franchise.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration et la date du début de l'arrêt de travail retenue sera celle de la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident et le cas échéant, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant, à transmettre, sous pli confidentiel, au médecin conseil de l'assureur.

Ces éléments ne seront toutefois pas réclamés si l'adhérent a souscrit à la garantie en cas d'arrêt de travail prévue au titre du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE, ceux fournis au titre de la garantie précitée étant suffisants.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement des prestations.

En cas de reprise du travail, l'adhérent devra en informer immédiatement l'assureur.

C) RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'adhérent. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel

s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'adhérent.

Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir ou à interrompre de plein droit le paiement des prestations.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'incapacité ou d'invalidité, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un 3^e médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur.

En tout état de cause, le service de la prestation garantie peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'adhérent.

D) CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

La garantie Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail ne s'applique pas dans les cas suivants :

- *accident ou maladie causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;*

- *accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ;*

- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'Etat français.*

En outre, l'exonération du paiement de la cotisation ne sera pas accordée par l'assureur pendant la période de repos pré et post-natale contractuellement fixée du 56^e jour avant l'accouchement au 70^e jour après l'accouchement, ni pendant la durée légale du congé de paternité.

E) CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération.

Il prend fin lors de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'adhérent, quelle que soit la nature de cette activité.

Il cesse en outre, au plus tard, à la date de liquidation de la pension du régime d'assurance vieillesse de base (y compris pour inaptitude au travail) de l'adhérent et, en tout état de cause, le jour où l'adhérent atteint l'âge de 67 ans.



Titre 3. Exécution du contrat

Article 8. Référence légale - Prescription - Renonciation

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants.

Il est constitué des présentes conditions générales et de l'avenant d'adhésion.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

En application de l'article L.114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties Décès.

En application de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, notamment par :

- **une demande en justice, même en référé,**

- un acte d'exécution forcée,

ainsi que par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Renonciation

L'adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date d'envoi de son avenant d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

"Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat GALYA MAJORITAIRE PRÉVOYANCE et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du code des assurances."

La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la date de la réception de la lettre recommandée par l'assureur.

Article 9. Date d'effet - Durée - Renouvellement et résiliation du contrat

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur prend effet le 1^{er} janvier 2012, pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Le contrat peut être modifié, à effet du 1^{er} janvier d'un exercice, d'un commun accord entre l'association contractante et l'assureur.

Dans ce cas, l'adhérent sera préalablement informé dans les conditions de l'article 13, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

Article 10. Adhésion des membres de l'association contractante

1) ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 2, demandant à adhérer au contrat.

Toutefois, après accord de l'assureur et sous réserve de mention particulière à l'avenant d'adhésion au contrat, d'autres membres de l'association contractante pourront être autorisés à adhérer au contrat.

2) CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit :

- remplir une demande d'adhésion et fournir les renseignements concernant les garanties d'assurance demandées,
- justifier auprès de l'association contractante qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont il relève, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées,
- ne pas avoir demandé à souscrire à la garantie en cas de décès (article 3) du contrat "Loi Madelin" de la gamme MAJORITAIRE PRÉVOYANCE.

Il devra en outre remplir un questionnaire de santé. Après examen de ce questionnaire, une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés. De même, une visite médicale et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés en fonction du forfait retenu en application de l'article 2.

Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter le proposant aux conditions normales du contrat, l'assureur se réserve le droit de le refuser ou d'accorder ses garanties à l'exclusion de certains risques ou moyennant surprime.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances.

Toute condition d'acceptation particulière de garanties sera notifiée par lettre recommandée au proposant.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée "adhérent".

L'adhésion est constatée par l'émission d'un avenant d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- le montant du forfait retenu en application de l'article 2,
- le montant et la nature des garanties souscrites,
- le taux de cotisation correspondant.

Article 11. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties - Modifications en cours d'adhésion

1) PRISE D'EFFET - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur l'avenant d'adhésion à condition qu'il soit régularisé et retourné à l'assureur dans les délais prévus.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 16, l'adhésion :

- est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,
- **se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, à la date indiquée sur l'avenant d'adhésion.

3) MODIFICATION EN COURS D'ADHÉSION

En cours d'adhésion, l'adhérent peut :

- demander à changer de forfait servant de base au calcul des cotisations et des prestations,
- modifier les options de garanties.

Dans ces cas, il doit en faire la demande par lettre recommandée adressée à l'assureur deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la modification demandée prenant effet le 1^{er} janvier de l'exercice suivant, sous réserve, le cas échéant de l'acceptation médicale de sa demande.

Par dérogation à ce qui précède, il est précisé que si l'adhésion a pris effet au cours du second semestre d'une année N d'assurance, la première modification du forfait demandée par l'adhérent ne

pourra prendre effet que le 1^{er} janvier de l'année d'assurance N + 2.

En tout état de cause, si l'adhérent désire augmenter le forfait servant de base au calcul des prestations et de la cotisation, il devra se soumettre aux formalités médicales mentionnées à l'article 10.2), comme s'il s'agissait d'une nouvelle adhésion au contrat.

Si l'assureur se prononce pour le refus de l'augmentation souhaitée, l'adhérent restera garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande.

Article 12. Cessation de l'adhésion et des garanties

1) CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat prend fin pour chaque adhérent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée deux mois au moins avant cette date,
- dans les conditions prévues à l'article 16 si la cotisation n'est plus réglée,
- s'il cesse d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- à la date de cessation de son activité en qualité de travailleur non salarié, sauf application des dispositions de l'article 7,
- à la date de liquidation de la pension du régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de la résiliation de l'adhésion par l'assureur,
- à la date de résiliation du contrat, sauf application des dispositions de l'article 7.

Toutefois, la personne qui aura adhéré au présent contrat depuis deux ans ou plus à la date de la résiliation du contrat pourra bénéficier d'un maintien des garanties jusqu'à la date de liquidation de la pension de son régime de retraite de base, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin, pour chaque adhérent, à la date de cessation de son adhésion dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus et en tout état de cause, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base, y compris pour inaptitude au travail.

Elles cessent en outre, au plus tard :

- à la date du 75^e anniversaire de l'adhérent pour la garantie en cas de décès (article 3),
- à la date du 62^e anniversaire de l'adhérent pour les garanties en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent (articles 4 et 6),
- à la date du 67^e anniversaire de l'adhérent pour les garanties en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident (article 6),
- à la date du 67^e anniversaire de l'adhérent pour la garantie Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail (article 7).

Cette garantie accordée **tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération, cesse en tout état de cause à la date de reprise ou d'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'adhérent, quelle que soit la nature de cette activité.**

En outre, en cas de résiliation du contrat, les dispositions spécifiques prévues à l'article 15 seront applicables et **la garantie prévue à l'article 5 reposant sur la tête du conjoint ou partenaire de l'adhérent cesse à la date de résiliation du contrat.**

La garantie Double effet en cas de décès du "conjoint" de l'adhérent (article 5) prend fin :

- à la date de cessation de l'adhésion, conformément au paragraphe 1) ci-dessus,
- à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS,
- et en tout état de cause le jour du 60^e anniversaire du conjoint ou partenaire de l'adhérent.

Article 13. Information des adhérents

Les conditions générales établies par l'assureur valent notice d'information et sont remises à l'adhérent avec l'avenant d'adhésion prévu à l'article 10.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L.141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

L'association contractante peut donner mandat à l'assureur pour informer les adhérents pour son compte.

Article 14. Réclamation - Informatique et libertés

1) RÉCLAMATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé de consulter d'abord son conseiller en assurance. Si un différend persistait après réponse, la réclamation pourrait être adressée à :

Gan Eurocourtage

Service des relations avec les consommateurs
Immeuble Elysées La Défense
7 place du Dôme – TSA 59876
92099 La Défense Cedex
Tél : 01.70.96.67.37
relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr

Si enfin la réponse donnée ne donnait pas satisfaction, l'avis du médiateur pourrait être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

2) INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations et données personnelles concernant les adhérents sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur adhésion et de leurs garanties. A l'exception des données de santé, elles sont destinées à l'assureur et à ses distributeur, mandataires, prestataires et sous traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de communication, de rectification et d'opposition en s'adressant par courrier à :

Gan Eurocourtage

Service des relations avec les consommateurs
Immeuble Elysées La Défense
7 place du Dôme – TSA 59876
92099 La Défense Cedex
Tél : 01.70.96.67.37
relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr

L'adhérent accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé.

Nécessaires à la gestion de ses garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. L'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur dont les coordonnées lui seront communiquées sur demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Enregistrement des appels téléphoniques

L'adhérent dès la prise d'effet de son adhésion peut être amené à téléphoner à l'assureur ou à son distributeur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur et son distributeur informent les adhérents que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de leurs prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur et/ou de son distributeur en charge de l'appel considéré.

Si l'adhérent a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier adressé au Service des relations avec les consommateurs à l'adresse indiquée ci-dessus. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation.

Le délai prévu pour exercer cette demande sera d'un mois maximum à compter de l'enregistrement.

Transfert des données personnelles des adhérents dans un pays étranger.

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les adhérents peuvent faire l'objet d'un transfert dans un pays de l'Union Européenne ou hors Union Européenne, ce dont les adhérents sont informés par les présentes conditions générales et qu'ils autorisent de manière expresse.

Article 15. Dispositions applicables en cas de résiliation

1) LORSQUE LA GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL A ÉTÉ SOUSCRITE PAR L'ADHÉRENT AU TITRE DU CONTRAT "LOI MADELIN" DE LA GAMME MAJORITAIRE PRÉVOYANCE

Le service des indemnités journalières et des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation de l'adhésion au contrat ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'adhérent (articles 3, 4 et 6) accordé au titre de l'exonération (article 7) sont poursuivis, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Le maintien des garanties prévu ci-dessus cesse dans les conditions de l'article 12 et au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail.

Le bénéfice de la garantie Double effet (article 5) cesse en tout état de cause à la date de résiliation de l'adhésion au contrat.

2) LORSQUE LA GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL N'A PAS ÉTÉ SOUSCRITE PAR L'ADHÉRENT AU TITRE DU CONTRAT "LOI MADELIN" DE LA GAMME MAJORITAIRE PRÉVOYANCE

Le service des prestations en cours est maintenu, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur la tête de l'adhérent accordé au titre de l'exonération cesse à la date de résiliation de l'adhésion au contrat.



Titre 4. Dispositions financières

Article 16. Cotisation

1) FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, payable trimestriellement et d'avance, dont le montant est fixé à l'avenant d'adhésion.

La cotisation est calculée en pourcentage de la rémunération de base définie ci-après.

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

2) DÉFAUT DE PAIEMENT

En application des dispositions des articles L.132-20 et L.141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser la lettre recommandée prévue ci-dessus.

Article 17. Base de calcul de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction du forfait retenu par l'adhérent, dans les conditions de l'article 2 et par classe d'âge arrêté à la date de l'adhésion au contrat.

Chaque forfait est exprimé en multiple du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale et compris entre 0,50 et 6 fois ce salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, comme suit :

- Forfait 1 : 0,50
- Forfait 2 : 0,75
- Forfait 3 : 1
- Forfait 4 : 1,5
- Forfait 5 : 2
- Forfait 6 : 2,5
- Forfait 7 : 3
- Forfait 8 : 3,5
- Forfait 9 : 4
- Forfait 10 : 4,5
- Forfait 11 : 5
- Forfait 12 : 5,5
- Forfait 13 : 6

Il est entendu qu'en effectuant son choix, l'adhérent s'engage à ce que le montant du forfait retenu corresponde à l'ensemble de ses revenus professionnels annuels perçus et déclarés fiscalement au titre de l'activité définie à l'article 2, les dividendes issus de son activité professionnelle étant intégrés à la base de calcul de la cotisation.

Il est précisé que le forfait de base de l'adhérent créateur (adhésion au contrat dans l'année qui suit la date de création de l'entreprise ou l'embauche du premier salarié) **est en outre limité à :**

- au titre de la 1^{re} année d'assurance : 1 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (Forfaits 1, 2 ou 3),
- au titre des 2^e et 3^e années d'assurance : 4 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (Forfaits 1 à 9).

Le forfait est, dans tous les cas, indiqué à l'avenant d'adhésion.

Il est désigné dans le contrat sous le terme "**rémunération de base**".

Article 18. Clause de fusion

Tout contrat GALYA MAJORITAIRE PRÉVOYANCE est classé dans la famille des contrats du type DIMENSION PRÉVOYANCE ENTREPRISES.

Tous les contrats du type DIMENSION PRÉVOYANCE ENTREPRISES (excepté la garantie Rente de "conjoint" de tous les contrats de ce type), PRÉVOYANCE ENTREPRISE SUR MESURE, RÉGIME DE PRÉVOYANCE REVALORISABLE et PRÉVOYANCE MODULABLE POUR L'ENTREPRISE établis par l'assureur sont réunis en un groupe unique tant pour l'établissement des comptes de résultats que pour la constitution du fonds de revalorisation.

En conséquence, les éléments portés au crédit et au débit des comptes de résultats d'une part, ainsi que les sommes affectées à l'alimentation du fonds de revalorisation d'autre part, concernent la totalité de ces contrats, **chacun d'eux intervenant pour les garanties qu'il prévoit.**

Article 19. Comptes de résultats - Taux de rendement de l'actif - Provision pour égalisation - Unité de référence - Fonds de revalorisation

1) COMPTES DE RÉSULTATS

1.a) Compte technique

Chaque année, à la clôture de l'exercice, l'assureur établit un compte technique pour l'ensemble des contrats. Sur ce compte figurent :

Au crédit :

- a) les cotisations relatives à l'exercice diminuées de celles affectées au fonds de revalorisation,
- b) les provisions techniques au 31 décembre de l'exercice précédent,
- c) l'affectation de la provision constituée à l'aide du fonds de revalorisation en vue de la revalorisation des prestations attribuée au cours de l'exercice clôturé,
- d) les intérêts techniques applicables aux postes b) et c).

Au débit :

- a) les prestations servies au cours de l'exercice,
- b) les prestations restant à régler au 31 décembre de l'exercice sous déduction de celles restant à régler au 31 décembre de l'exercice précédent,
- c) les provisions techniques au 31 décembre de l'exercice,
- d) les frais fixés forfaitairement à 15 % des cotisations et à 5 % du montant des indemnités journalières et des prestations en rentes réglées au cours de l'exercice.

1.b) Compte technique et financier

Chaque année, à la clôture de l'exercice, l'assureur établit un compte technique et financier pour l'ensemble des contrats. Sur ce compte figurent :

Au crédit :

- a) les cotisations relatives à l'exercice diminuées de celles affectées au fonds de revalorisation,
- b) les provisions techniques au 31 décembre de l'exercice précédent,
- c) l'affectation de la provision constituée à l'aide du fonds de revalorisation en vue de la revalorisation des prestations attribuée au cours de l'exercice clôturé,

- d) les intérêts financiers applicables aux postes b) et c) calculés à hauteur de 85 % du taux de rendement de l'actif de l'assureur défini au paragraphe 2) ci-après.

Au débit :

- a) les prestations servies au cours de l'exercice,
- b) les prestations restant à régler au 31 décembre de l'exercice sous déduction de celles restant à régler au 31 décembre de l'exercice précédent,
- c) les provisions techniques au 31 décembre de l'exercice,
- d) les frais fixés forfaitairement à 15 % des cotisations et à 5 % du montant des indemnités journalières et des prestations en rentes réglées au cours de l'exercice,
- e) le cas échéant, le report du solde débiteur du compte technique et financier non couvert par la provision pour égalisation, majoré d'intérêts calculés à hauteur de 100 % du taux de rendement de l'actif de l'assureur.

Lorsque le solde du compte technique et financier ainsi établi est créditeur :

- tout ou partie du solde de ce compte est affecté à la provision pour égalisation sans que cette somme puisse excéder 75 % du solde du compte technique défini au 1.a) ci-dessus,
- tout ou partie du solde du compte technique et financier non affecté à la provision pour égalisation est affecté au fonds de revalorisation.

Lorsque le solde du compte technique et financier ainsi établi est débiteur, l'assureur prélève en priorité sur la provision pour égalisation et dans les limites de son montant, les sommes nécessaires à l'ajustement du compte technique et financier.

Dans le cas où la provision pour égalisation s'avère insuffisante, le montant du solde débiteur résiduel non couvert est reporté au débit du compte technique et financier de l'exercice suivant, majoré d'un an d'intérêts calculés à hauteur de 100 % du taux de rendement de l'actif de l'assureur.

2) TAUX DE RENDEMENT DE L'ACTIF

Le taux de rendement de l'actif de l'assureur est le quotient des revenus de ses placements mobiliers et immobiliers nets de frais et de dotations aux provisions et réserves légales, augmentés des plus-values et diminués des moins-values sur réalisations, par la valeur moyenne des placements correspondants au 1^{er} janvier et au 31 décembre de l'exercice considéré. Il est précisé qu'il ne sera pas tenu compte des placements de l'assureur faisant l'objet d'une affectation spécifique ou servant de référence pour la revalorisation des contrats particuliers.

3) PROVISION POUR ÉGALISATION

La provision pour égalisation est affectée à la compensation des résultats déficitaires de l'exercice. Elle est débitée, dans les limites de son montant, des résultats débiteurs éventuels de l'exercice.

La provision pour égalisation est plafonnée selon les dispositions prévues par la réglementation. Il en est de même des dotations annuelles qui n'ont pu être utilisées dans un délai de 10 ans.

4) UNITÉ DE RÉFÉRENCE

Une valeur d'unité de référence spécifique aux contrats du type DIMENSION PRÉVOYANCE ENTREPRISES (excepté la garantie Rente de "conjoint" de tous les contrats de ce type), "Prévoyance Entreprise sur Mesure", "Régime de Prévoyance Revalorisable" et "Prévoyance Modulable pour l'Entreprise" établis par l'assureur est fixée tous les ans au 1^{er} juillet pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à partir du 1^{er} octobre suivant.

Cette unité de référence ne peut cependant varier d'une année sur l'autre dans une proportion supérieure à celle dont a augmenté la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année considérée.

5) FONDS DE REVALORISATION

Le fonds de revalorisation est destiné à financer, à concurrence des sommes dont il est créancier :

- la revalorisation annuelle des prestations en cours, ainsi que les provisions nécessaires au maintien de ces revalorisations,
- la charge consécutive à la revalorisation des salaires de base en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation.

Le fonds de revalorisation s'accroît annuellement :

- de la part du solde du compte technique et financier qui lui est affectée selon les règles définies au paragraphe 1.b) ci-avant et des produits financiers calculés à hauteur de 85 % du taux de rendement de l'actif de l'assureur sur la base du montant de ce fonds au 1^{er} janvier de l'exercice clôturé,
- d'une partie de la cotisation due en exécution du contrat.

Le fonds de revalorisation est débité et ce, dans les limites de son montant, des charges de revalorisation attribuées au titre de l'exercice.

Le montant de ces charges est affecté au crédit des comptes de résultats de l'exercice clôturé.

Le fonds de revalorisation est plafonné au montant permettant de faire face, selon l'unité de référence, à la revalorisation des prestations nées.

Gan Eurocourtage

Compagnie française d'assurances et de réassurances

Société Anonyme au capital de 10 280 281 euros (entièrement versé) – RCS Paris 410 332 738

APE : 6512Z

Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme

TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex

Tél. : 01 70 96 60 00

www.gan-eurocourtage.fr –

contact@eurocourtage.com

Service des relations avec les consommateurs :

Tél. : 01 70 96 67 37

relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr

Gan Eurocourtage distribue les produits

de Groupama Gan Vie – Société Anonyme au capital

de 932 007 489 euros (entièrement versé)

RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg

75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprises régies par le code des assurances et

soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel

61 rue Taitbout – 75009 Paris

Ref. 38684-022012 3136 - Gan Eurocourtage participe à la protection de l'environnement en sélectionnant des imprimeurs référencés "Imprim'Vert" ainsi que des papiers issus de forêts gérées durablement.

Assuré d'avancer



gan-eurocourtage.fr