

**Conditions
Générales**

→ **Prévoyance
Entreprise
Sur Mesure**

Assuré d'avancer



Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

LA CONTRACTANTE,

désignée aux conditions particulières, d'une part,

et

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 413.036.043 € (entièrement versé)
RCS Paris 340 427 616 - 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 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4

Article 1. Référence légale.....	4
Article 2. Date d'effet - Durée - Renouvellement et Dénonciation du contrat.....	4
Article 3. Affiliation	4
Article 4. Cessation de l'affiliation et des garanties.....	7
Article 5. Base de calcul de la cotisation.....	7
Article 6. Base de calcul des prestations	8
Article 7. Obligations de la contractante - Réclamation - Médiation - Informatique et libertés	10
Article 8. Cotisation	12
Article 9. Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail.....	12
Article 10. Clause de fusion.....	13
Article 11. Comptes de résultats - Taux de rendement de l'actif - Provision pour égalisation - Unité de référence - Fonds de revalorisation	13
Article 12. Modalités de calcul de la revalorisation.....	14
Article 13. Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat	15

TITRE 2 - GARANTIES DÉCÈS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE 17

Article 14. Garantie en cas de décès de l'affilié.....	17
Article 15. Garantie "rente d'éducation"	18
Article 16. Garantie en cas de décès de l'affilié consécutif à un accident.....	19
Article 17. Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié	20
Article 18. Garantie "allocation d'obsèques".....	22
Article 19. Garanties en cas de décès du "conjoint" de l'affilié	22

TITRE 3 - GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL	24
Article 20. Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié	24
TITRE 4 - GARANTIE EN CAS D'INFIRMITÉ DE L'AFFILIÉ CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT CORPOREL	28
Article 21. Garantie en cas d'infirmité de l'affilié consécutive à un accident corporel	28
TITRE 5 - GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION	30
Article 22. Garantie en cas d'hospitalisation	30
ANNEXE 1 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	31
Affilié dont le contrat de travail est suspendu à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable - Affilié travaillant à temps partiel pour raison de santé	31
ANNEXE 2 - MAINTIEN DES GARANTIES	37
Maintien de garanties dans le cadre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 relatif à la modernisation du marché du travail	37
BARÈME D'INVALIDITÉ DE LA GARANTIE ACCIDENT CORPOREL	39



Titre 1. Dispositions générales

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, est souscrit par une entreprise au profit de l'ensemble de son personnel salarié appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières.

Les garanties souscrites par l'entreprise et le montant des prestations correspondantes, qui s'appliquent à l'ensemble du personnel affiliable, figurent aux conditions particulières.

Article 1. Référence légale

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire est régi par le code des assurances et notamment par ses articles L141-1 et suivants. Il relève des branches 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) de l'article R321-1 du code des assurances.

Il est constitué des présentes conditions générales, de leurs annexes et du barème ci-annexé ainsi que des conditions particulières.

Les déclarations de la contractante, des affiliés et des assurés servent de base à l'application des garanties.

En application de l'article L114-1 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 L114-2 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 la contractante en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par la contractante, l'affilié ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 2. Date d'effet - Durée - Renouvellement et Dénonciation du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné à l'assureur dans les délais prévus par celles-ci.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat 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.

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 3, 7-2, 8-2 et, le cas échéant 20.

En outre, le contrat peut-être modifié, par voie d'avenant, d'un commun accord entre la contractante et l'assureur. **L'attention de la contractante est attirée sur le respect du délai d'information envers ses salariés mis à sa charge tel que prévu à l'article 7.**

Article 3. Affiliation

1. CONDITIONS D'AFFILIATION

a) Affiliation du personnel

Doivent être inscrits au contrat, tous les membres du personnel salarié de la contractante dont le contrat de travail est en cours - y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de salaire total ou partiel et ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite - qui appartiennent à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous les réserves prévues par l'acte instituant le régime de prévoyance (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) déclarées par la contractante à l'assureur.

Les membres du personnel inscrits au contrat remplissant ces conditions sont ci-après dénommés “**affilié**”.

Chaque affilié doit remplir un bulletin individuel d’affiliation du modèle fourni par l’assureur et accomplir les formalités médicales exigées par l’assureur.

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues, par l’annexe 1 aux présentes conditions générales, si, à la date de l’affiliation au contrat :

- le contrat de travail de l’affilié est suspendu quelle qu’en soit la cause,
- l’affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d’horaire pour raison de santé.

Les personnes dont le contrat de travail a été rompu avant la date d’effet du contrat ne sont pas affiliables.

b) Définition et affiliation du “conjoint” de l’affilié

Définition du conjoint :

Au sens du contrat, par “conjoint”, il faut entendre :

- le conjoint de l’affilié non divorcé ni séparé de corps judiciairement,
- ou, à défaut, son partenaire - personne avec laquelle l’affilié est lié par un Pacte civil de solidarité - PACS. Un PACS 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).

Affiliation du conjoint : Le conjoint ou partenaire de l’affilié peut être affilié à la garantie Décès du “conjoint” antérieur à celui de l’affilié (Article 19-A) sous réserve qu’il ait donné son consentement à l’assurance à l’aide d’un bulletin d’affiliation et qu’il ait complété le questionnaire de santé.

2. FORMALITÉS MÉDICALES

Les conditions collectives d’assurance sont déterminées par l’assureur au vu de l’état de santé déclaré par chaque membre du personnel.

a) Dispositions communes à toutes les affiliations

Sauf stipulation contraire, les formalités médicales sont obligatoires pour tous les membres du personnel affiliable, tant à l’origine du contrat, qu’en cours de contrat pour les nouveaux affiliables y compris en cas de rupture du contrat de travail suivie d’une reprise de l’activité dans le cadre d’un cumul Emploi/Retraite.

Elles consistent en l’établissement d’un questionnaire de santé éventuellement complété, sur demande de l’assureur, par une visite médicale pas-

sée auprès d’un médecin agréé par l’assureur et/ou par des renseignements ou examens médicaux complémentaires.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l’affiliation conformément aux dispositions de l’article L113-8 du code des assurances.

Ces formalités sont normalement effectuées avant l’établissement du contrat. Dans le cas contraire, si le résultat des formalités médicales remettait en cause les conditions d’équilibre du contrat, l’assureur se réserve la possibilité de faire application des dispositions du paragraphe b) ci-après.

b) Dispositions spécifiques aux affiliations intervenues en cours de contrat

Pour toute demande d’affiliation intervenant en cours de contrat, si le résultat des formalités médicales remet en cause les conditions d’équilibre du contrat, l’assureur se réserve la possibilité, soit :

- de résilier le contrat, la résiliation prenant effet à l’expiration d’un délai de 10 jours suivant l’envoi de la lettre recommandée informant la contractante de cette décision,
- de proposer une nouvelle tarification ou un aménagement des conditions de garanties du contrat pour l’ensemble des affiliés, en le notifiant à la contractante par lettre recommandée. Cette lettre stipulera que si la contractante ne donnait pas suite à la proposition de l’assureur ou la refusait expressément, le contrat serait résilié à l’expiration d’un délai de 30 jours à compter de sa date d’envoi.

Si en cours de contrat, les facteurs d’aggravation du risque viennent à disparaître, la contractante peut demander un aménagement des garanties ou une baisse des cotisations. Si l’assureur n’y consent pas, la contractante peut dénoncer le contrat par lettre recommandée. La résiliation prend effet 30 jours après l’envoi de cette lettre.

Si par suite de la carence de certains membres du personnel dans l’accomplissement des formalités médicales, l’assureur ne pouvait apprécier les nouvelles conditions d’équilibre du contrat, il adresserait à la contractante une lettre recommandée l’informant du principe de cette carence et des personnes concernées.

Cette lettre stipulera que le contrat sera résilié à l’expiration d’un délai de 30 jours à compter de sa date d’envoi, sauf s’il est satisfait durant ce délai à l’ensemble des formalités médicales requises.

Il est précisé que la carence d’un membre du personnel sera caractérisée si, à l’expiration d’un délai de 15 jours suivant l’envoi d’une lettre recommandée au dernier domicile que connaît l’assureur, il n’a pas satisfait à l’ensemble des formalités médicales réclamées dans cette lettre.

Dans tous les cas de résiliation prévus ci-dessus, l'assureur remboursera à la contractante, le cas échéant, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

c) Dispositions applicables au "conjoint" de l'affilié

Les formalités médicales consistent à compléter un questionnaire de santé. Au vu de ce questionnaire, des formalités supplémentaires peuvent être exigées.

Tant que le conjoint ou partenaire n'a pas accompli les formalités médicales, il est garanti au titre de la garantie de l'article 19-A) dans les conditions suivantes :

- **en cas de décès consécutif à une maladie** : la garantie n'est pas accordée,
- **en cas de décès consécutif à un accident** : la garantie est accordée jusqu'à la date de notification de la décision de l'assureur sur l'acceptation du risque.

À l'issue des formalités médicales applicables au "conjoint", l'assureur peut soit accepter le risque, soit refuser ou limiter sa garantie.

Toute condition particulière d'acceptation prend effet le jour de l'envoi de la lettre recommandée la portant à la connaissance du conjoint ou partenaire.

3. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES

a) Prise d'effet de l'affiliation

1) Affiliation à l'origine du contrat

L'affiliation de chaque membre du personnel affilié prend effet à la même date que le contrat, à la double condition que l'ensemble des membres du personnel dont le contrat de travail est en cours relevant de la catégorie de personnel affilié concernée :

- ait fourni son bulletin d'affiliation et intégralement accompli les formalités médicales exigées par l'assureur,
- ait été individuellement porté sur la liste nominative du personnel fournie par la contractante préalablement à l'établissement du contrat avec l'indication pour chaque intéressé, de ses nom et prénoms, date de naissance, situation de famille et rémunération annuelle brute.

La liste précitée doit également préciser :

- si l'affilié bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite,
- si le contrat de travail est suspendu avec l'indication de la date d'effet et du motif de la

suspension et de la date à laquelle l'affilié cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,

- si l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé.

Dans les deux derniers cas, les éléments spécifiques prévus par l'annexe 1 aux conditions générales doivent en outre avoir été fournis à l'assureur.

2) Affiliation en cours de contrat

L'affiliation des nouveaux membres du personnel prend effet à leur date d'entrée dans l'effectif affilié, sous réserve que leur bulletin d'affiliation et leur questionnaire de santé dûment complétés soient adressés à l'assureur dans les 15 jours suivant cette date.

Si le bulletin d'affiliation et le questionnaire de santé ne sont pas transmis dans ce délai ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après accord de l'assureur et à compter de cette date.

Dans tous les cas, si l'entrée d'un membre du personnel dans le groupe assurable remet en cause les conditions d'équilibre du contrat déterminées par l'assureur ou si celui-ci ne peut déterminer ces nouvelles conditions du fait de la carence de ce membre du personnel, il pourra se prévaloir des dispositions du paragraphe 2. b) ci-avant.

Il est toutefois précisé que l'assureur sera réputé avoir renoncé à se prévaloir des dispositions de ce même paragraphe si, à l'expiration d'un délai de 3 mois à compter de la réception du bulletin d'affiliation d'un nouveau membre du personnel entrant dans l'effectif affilié, il n'a pas adressé à la contractante une des lettres recommandées prévues par ce même paragraphe.

Dans cette hypothèse, l'affiliation des membres du personnel qui pouvait se trouver encore subordonnée à l'accord de l'assureur en vertu du 2^e alinéa du présent paragraphe prendra effet à l'expiration de ce même délai.

3) Affiliation du "conjoint" de l'affilié

L'affiliation du conjoint ou partenaire prend effet après accord de l'assureur, selon le cas :

- à la date d'affiliation au contrat de l'affilié marié ou ayant conclu un PACS,
- à la date du mariage de l'affilié ou de la conclusion du PACS si elle est postérieure à celle de son affiliation.

b) Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'affiliation définie ci-dessus.

Toutefois :

- la garantie en cas d'hospitalisation (article 22) ne s'applique en aucun cas à l'hospitalisation en cours à la date d'effet de l'affiliation,
- en ce qui concerne l'affilié qui, à la date de son affiliation, a un contrat de travail suspendu ou, exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, des dispositions particulières sont prévues par l'annexe 1 aux conditions générales.

Article 4. Cessation de l'affiliation et des garanties

1. CESSATION DE L'AFFILIATION

Sauf en cas d'application des dispositions prévues à l'article 9 relatives au maintien des garanties, l'affiliation au contrat prend fin pour chaque affilié :

- si la cotisation le concernant n'est plus réglée (sous réserve des modalités prévues à l'article L141-3 du code des assurances),
- s'il ne figure plus sur le bordereau nominatif d'ajustement des cotisations fourni chaque année par la contractante,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières,
- en cas de suspension de son contrat de travail, à la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel.

Dans ce cas, **si la contractante fait expressément une demande de maintien de garanties à l'assureur avant la fin de la période de maintien de salaire et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes,** les garanties souscrites prévues en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation sont susceptibles d'être maintenues.

Il est précisé que la demande de maintien de garanties faite par la contractante s'applique à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

- à la date de rupture ou cessation de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne l'affilié bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, il s'agit de la date de rupture ou cessation de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues, par l'annexe 2 aux présentes conditions générales, pour les affiliés bénéficiaires du maintien des garanties dans le cadre de dispositions conventionnelles.

- à la date de résiliation du contrat. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel (sauf en cas d'application des dispositions de l'article 13). Dans ce cas, tout affilié en faisant la demande pourra souscrire l'un des contrats proposés à titre individuel par l'assureur aux conditions normales d'admission et aux tarifs en vigueur.

2. CESSATION DES GARANTIES

Pour chaque affilié, les garanties prennent fin à la date de cessation de son affiliation dans les conditions du paragraphe 1. ci-dessus.

En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base (*Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés*) dont dépend l'affilié, y compris pour inaptitude au travail et au plus tard au terme fixé par l'article les concernant.

Article 5. Base de calcul de la cotisation

La cotisation est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute de chaque affilié telle qu'elle est déclarée, par la contractante, à la Sécurité sociale.

Cette rémunération peut être, au choix de la contractante, limitée à une ou plusieurs des tranches suivantes :

Tranche 1 : fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche 2 : fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 3 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche 3 : fraction de la rémunération supérieure à 4 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 4 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation au contrat et sauf application des dispositions de l'article 9 relatives au maintien de garanties et à l'exonération du paiement de la cotisation :

- tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel, la cotisation est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute

maintenue telle qu'elle est déclarée, par la contractante, à la Sécurité sociale, dans la limite contractuellement retenue.

Toutefois, sur demande spécifique de la contractante et compte tenu des dispositions de l'acte instituant le régime de prévoyance, la cotisation afférente aux garanties en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation pourra être déterminée en fonction de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, déterminée à la date de suspension du contrat de travail.

- à l'issue ou à défaut d'un maintien de salaire total ou partiel et si la contractante a fait expressément une demande de maintien de garanties à l'assureur, la cotisation afférente aux garanties maintenues est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, déterminée à la date de suspension du contrat de travail et éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article 12.

Le paiement de la cotisation sera dans ce cas déterminé proportionnellement à la durée de la suspension du contrat de travail.

La rémunération est, dans tous les cas, indiquée aux conditions particulières. Elle est désignée dans le contrat sous le terme "**rémunération de base**".

Article 6. Base de calcul des prestations

Le montant des prestations est déterminé en tenant compte du "salaire de base" et éventuellement, de la situation de famille de l'affilié.

1. SALAIRE DE BASE

a) Garanties en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel et d'hospitalisation

Les prestations sont calculées en fonction de la rémunération brute de l'affilié, dans la limite contractuellement retenue, telle qu'elle est déclarée par la contractante à la Sécurité sociale.

Cette rémunération résulte des déclarations faites à l'assureur par la contractante et doit correspondre à la base de calcul de la cotisation telle qu'elle est définie à l'article 5.

Elle se rapporte aux quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu :

- le décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident,

- l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, en cas d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation.

Si à cette date, la durée de l'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence citée ci-dessus, la rémunération est déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée "prorata temporis", à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.

Par dérogation à ce qui précède, en cas de suspension du contrat de travail de l'affilié pour une autre cause que la maladie ou l'accident, les prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation sont calculées en fonction du salaire maintenu au cours du mois civil précédant celui au cours duquel est survenu le décès, l'hospitalisation ou l'arrêt de travail en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'infirmité consécutive à un accident corporel, reconstitué sur une base annuelle et dans la limite contractuellement retenue. Toutefois, sur demande spécifique de la contractante, compte tenu des dispositions de l'acte instituant le régime de prévoyance et sous réserve du paiement de la cotisation sur la même base, les prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation pourront être déterminées en fonction de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, se rapportant aux quatre trimestres civils précédant la date de suspension du contrat de travail.

A l'issue ou à défaut d'un maintien de salaire total ou partiel, les prestations versées au titre des garanties ayant fait l'objet d'une demande de maintien de garanties de la part de la contractante sont calculées sur le salaire de base, dans la limite contractuellement retenue, se rapportant aux quatre trimestres civils précédents la date de suspension du contrat de travail.

b) Garanties en cas d'arrêt de travail

Le salaire servant de base au calcul des prestations tient compte du maintien ou non du contrat de travail de l'affilié par la contractante et de la reconnaissance ou non par son régime social de base de son état d'invalidité.

Il se rapporte aux quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Si à cette date, la durée de l'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence citée ci-dessus, la rémunération est déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée "prorata temporis", à partir de la moyenne des salaires

bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.

Par dérogation à ce qui précède, si une maladie ou un accident survient pendant une période de suspension du contrat de travail de l'affilié pour une autre cause que la maladie ou l'accident, les prestations en cas d'arrêt de travail sont calculées sur la base du salaire maintenu au cours du mois civil précédant celui au cours duquel est survenu l'arrêt de travail, reconstitué sur une base annuelle et dans la limite contractuellement retenue.

Ce salaire de base est déterminé de la manière suivante :

- tant que le contrat de travail de l'affilié est maintenu ou que celui-ci n'est pas classé par son régime social de base parmi les invalides de 2^e ou de 3^e catégorie, le calcul des prestations est effectué en fonction de la rémunération brute telle qu'elle est définie au paragraphe a).
- dès que l'une de ces conditions cesse d'exister, le calcul des prestations est effectué en fonction de la rémunération nette à la date d'arrêt du travail. La rémunération nette est égale à la rémunération brute déduction faite des cotisations sociales mises à la charge de l'affilié.

La rémunération définie aux paragraphes a) et b) ci-dessus est désignée dans le texte spécifique à chaque garantie sous le terme "**salaire de base**".

Selon le choix de la contractante en application de l'article 5, le salaire de base est limité à une fois (Tranche 1), quatre fois (Tranches 1 et 2) ou huit fois (Tranches 1, 2 et 3 définies à l'article 5) le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

2. SITUATION DE FAMILLE

La situation de famille de l'affilié est appréciée au regard de l'État Civil et du nombre d'enfants à charge, à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ou à la date d'exigibilité des prestations en cas d'invalidité absolue et définitive et d'arrêt de travail.

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants de l'affilié,
- ceux de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin tel qu'il est défini ci-après,

sous réserve :

- qu'ils soient âgés de moins de 21 ans,
- qu'âgés de moins de 26 ans, ils poursuivent leurs études et 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'affilié âgés de moins de 21 ans, ils doivent être à la charge du foyer fiscal de l'affilié 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.

Il est précisé qu'au titre de la garantie Double Effet (article 19-B), en cas de décès du conjoint ou partenaire survenant après le décès de l'affilié, les enfants doivent être à la charge fiscale du conjoint ou partenaire de l'affilié 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'affilié sont pris en considération.

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en 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) avec l'affilié, dans la mesure où l'affilié 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 PACS).

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du régime d'assurance maladie du régime social de base en vertu du premier alinéa de l'article L161-14 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'affilié ou de conclusion d'un PACS par l'affilié, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.**

Article 7. Obligations de la contractante - Réclamation - Médiation - Informatique et Libertés

1. OBLIGATIONS DE LA CONTRACTANTE À L'ÉGARD DES AFFILIÉS

La contractante doit :

- **conformément à l'article L141-4 du code des assurances :**
 - remettre à chaque affilié une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
 - informer par écrit les affiliés des modifications qu'il est prévu d'apporter éventuellement à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de ces documents incombe à la contractante.

L'attention de la contractante est attirée sur le respect du délai d'information mis à sa charge envers ses salariés tel que prévu ci-dessus.

- **en application de l'article L141-3 du code des assurances,** adresser à l'affilié qui n'a pas acquitté une cotisation afférente au présent contrat à sa charge, au plus tôt 10 jours après la date de non-paiement de la cotisation considérée, une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, l'affilié est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation.

En tout état de cause, la contractante est tenue de payer à l'assureur jusqu'à l'issue de cette procédure, la totalité des cotisations qui lui sont dues.

2. OBLIGATIONS DE LA CONTRACTANTE À L'ÉGARD DE L'ASSUREUR

La contractante doit :

- avoir fourni préalablement à l'établissement du contrat :
 - la liste du personnel exigée par l'assureur en application des dispositions du paragraphe 3.a)1) de l'article 3,
 - les bulletins individuels d'affiliation et questionnaires de santé dûment complétés,
 - le cas échéant, les éléments spécifiques prévus par l'annexe 1 aux conditions générales relative aux affiliés dont le contrat de travail est suspendu ou ceux travaillant à temps partiel pour raison de santé.

- affilier et maintenir au contrat l'ensemble du personnel défini à l'article 3 appartenant à la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières et déclarer au moyen de la liste nominative prévue ci-dessus, la totalité de ce personnel. **Cette disposition étant déterminante du consentement de l'assureur, le contrat est résilié de plein droit en cas de non-respect de cette obligation.**

Toutefois, cette sanction ne sera pas appliquée lorsque l'acte instituant le régime (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) prévoit une ou plusieurs causes de dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation au régime, reconnues et acceptées par la doctrine sociale et fiscale sous réserve qu'elles aient été déclarées par la contractante à l'assureur.

- acquitter la cotisation dont le taux est fixé aux conditions particulières,
- fournir à l'assureur les pièces suivantes :

a) à la souscription du contrat :

- un exemplaire du contrat dûment régularisé.

b) à chaque nouvelle affiliation et dans un délai de 15 jours à compter de la date d'entrée dans l'effectif affiliable :

- la déclaration de cette affiliation ainsi que le bulletin individuel d'affiliation et le questionnaire de santé correspondant dûment complétés.

c) à la fin des 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres de chaque exercice civil :

- l'avis d'échéance des cotisations sur lequel doit figurer, notamment, le nom des affiliés entrés et sortis au cours du trimestre avec l'indication de la date d'entrée et/ou de sortie et, dans ce dernier cas, le motif (licenciement, retraite, maladie...), ainsi que le nom de ceux se trouvant en arrêt de travail, travaillant à temps partiel ou bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite.

En outre, doivent figurer également sur cet avis, les affiliés dont le contrat de travail est suspendu avec l'indication de la date et du motif de cette suspension et de la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel.

d) au début de chaque exercice :

- le bordereau nominatif d'ajustement des cotisations de l'année écoulée avec indication, pour chaque affilié, de sa date de naissance, de sa situation de famille et de la rémunération ayant donné lieu à cotisation au cours de ladite année.

Ce bordereau doit également mentionner :

- la période éventuelle d'interruption de travail des affiliés pouvant entraîner l'exonération du paiement de la cotisation, ainsi que leur situation à l'égard du régime social de base,
- les affiliés travaillant à temps partiel,
- les affiliés dont le contrat de travail est suspendu avec l'indication du motif et de la date de la suspension et de la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite,
- la date d'entrée et/ou de sortie des affiliés en cours d'exercice et, dans ce dernier cas, le motif.

e) en cas d'événement ouvrant droit aux prestations :

- les éléments nécessaires au règlement des prestations, tels qu'ils sont énumérés dans le texte spécifique à chaque garantie.

3. RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé de consulter d'abord l'intermédiaire d'assurance de la contractante.

Si un différend persiste après réponse, la réclamation peut 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.

4. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles concernant les affiliés 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 affiliation et de leurs garanties. A l'exception des données de santé, elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de la contractante, 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'affilié 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

L'affilié 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'affilié 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.

Les données des affiliés, à l'exclusion des données de santé, peuvent être utilisées pour leur proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires, sauf opposition de leur part mentionnée sur leur bulletin d'affiliation en cochant la case appropriée ou ultérieurement à l'adresse indiquée ci-dessus.

Enregistrement des appels téléphoniques

La contractante dès la prise d'effet du contrat, l'affilié dès la prise d'effet de son affiliation au contrat, peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur ou à son distributeur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur et son distributeur informent la contractante et les affiliés 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 la contractante ou l'affilié a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier adressé au Service des relations consommateurs - Gan Eurocourtage, dont l'adresse est indiquée ci-des-

sus. 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 affiliés dans un pays étranger

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

Article 8. Cotisation

1. FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée aux conditions particulières pour l'ensemble des membres du personnel de la contractante affiliés au contrat.

La cotisation, calculée en fonction de la rémunération de base acquise par les affiliés au cours d'un trimestre civil, est exigible le premier jour du trimestre civil suivant.

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

2. DÉFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement d'une cotisation trimestrielle dans les 10 jours suivant son échéance, l'assureur adresse à la contractante une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de la date d'envoi de cette lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation du contrat et l'application des dispositions prévues à l'article 13.

Article 9. Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

1. EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas d'arrêt total de travail d'un affilié consécutif à une maladie ou à un accident, la cotisation relative aux garanties souscrites cesse d'être due :

- **si les garanties en cas d'arrêt de travail ne sont pas souscrites par la contractante** : à compter du 31^e jour d'arrêt total et continu de travail.

Est considéré en arrêt total et continu de travail, l'affilié se trouvant en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20, reconnu par l'assureur sous réserve qu'il perçoive à ce titre des prestations du régime social de base ;

- **si les garanties en cas d'arrêt de travail sont souscrites par la contractante** : dès le versement des prestations prévues 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.

Lorsque l'affilié reprend son activité à temps partiel pour raison de santé, l'exonération de cotisation est partielle et la cotisation complémentaire est due par la contractante sur le salaire qu'elle verse au salarié en activité réduite.

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'affiliation au contrat.

Il est rappelé que des dispositions particulières sont prévues par l'annexe 1, pour les personnes dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie ou d'accident ou exerçant une activité à temps partiel pour raison de santé, à la date de leur affiliation au contrat.

2. MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties souscrites sont maintenues dans les conditions du contrat et les cotisations doivent continuer à être versées à l'assureur, sur la base du salaire en vigueur à la date de suspension du contrat de travail, tant que l'affilié ne bénéficie pas des dispositions relatives à l'exonération du paiement de la cotisation prévues au paragraphe 1 ci-dessus en cas d'arrêt de travail.

Tant que l'affilié est exonéré du paiement de la cotisation dans les conditions du 1 ci-dessus, les garanties souscrites accordées en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive et, le cas échéant, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation, sont maintenues aux conditions prévues aux articles correspondants, étant précisé que ce maintien est proportionnel à la part de cotisation exonérée.

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

Il cesse en tout état de cause à la date à laquelle l'assuré cesse de percevoir des prestations en espèces au titre de l'assurance Maladie ou de l'as-

surance Invalidité du régime social de base. Il prend fin lors de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée, à la reprise d'une activité professionnelle de l'affilié, quelle que soit la nature de cette activité.

Il cesse en outre, à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base de l'affilié (y compris pour inaptitude au travail), excepté pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite.

Pour ces derniers, le maintien de garanties cesse en tout état de cause à la date de rupture du contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec la retraite, quel qu'en soit le motif.

S'agissant du risque Accident du travail et Maladie d'origine professionnelle, il cesse en tout état de cause à la date à laquelle l'affilié peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Article 10. Clause de fusion

Tous les contrats du type "Prévoyance Entreprise sur Mesure", "Dimension Prévoyance Entreprises" (excepté la garantie Rente de "conjoint" de ces contrats), "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 11. Comptes de résultats - Taux de rendement de l'actif - Provision pour égalisation - Unité de référence - Fonds de revalorisation

1. COMPTES DE RÉSULTATS

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 au poste 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.

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 au poste 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 de l'exercice précédent, 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 **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 "Prévoyance Entreprise sur Mesure", "Dimension Prévoyance Entreprises" (excepté la garantie Rente de "conjoint" de ces contrats), "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 AGIRC (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 créditeur :

- 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)** 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.

Article 12. Modalités de calcul de la revalorisation

1. REVALORISATION DU SALAIRE DE BASE

En cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation précédé d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le salaire de base est revalorisé, dès le 366^e jour qui suit la date d'arrêt de travail, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 11-4) en vigueur à la date du décès, de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'infirmité consécutive à un accident corporel ou à la date de l'hospitalisation et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

En cas de maintien des garanties pendant une période de suspension du contrat de travail de l'affilié pour une autre cause que celle ouvrant droit au bénéfice de l'exonération, le salaire de base est revalorisé dès le 366^e jour qui suit la date de suspension du contrat de travail et tous les ans à la même date dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence à la date anniversaire de la suspension et celle en vigueur à la date d'origine de la suspension.

2. REVALORISATION DES RENTES D'ÉDUCATION

Les rentes d'éducation sont revalorisées en fonction de la variation de la valeur de l'unité de référence, dès le 1^{er} octobre de l'année qui suit le décès de l'affilié ou la date d'exigibilité de la prestation garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié 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 ou à la date d'exigibilité de la prestation garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié.

3. REVALORISATION DES PRESTATIONS VERSÉES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL D'UN AFFILIÉ

Les prestations versées en cas d'arrêt de travail d'un affilié sont revalorisées, dès le 366^e jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées 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'arrêt de travail.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

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'arrêt de travail.

Article 13. Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat

1. RÉSILIATION POUR UNE CAUSE AUTRE QUE CELLE PRÉVUE AU 2. CI-APRÈS

a) Lorsque les garanties en cas d'arrêt de travail définies à l'article 20 ont été souscrites au titre du présent contrat

Le service des indemnités journalières et des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat, ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié (article 14, 15, 16, 17 et 18) accordé au titre de l'exonération (article 9) sont poursuivis, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Par ailleurs, l'affilié se trouvant à la date de résiliation du contrat en état d'incapacité totale temporaire de travail ou en état d'invalidité permanente totale tels que définis à l'article 20, mais non indemnisé à cette date par l'assureur du fait de l'application d'un délai de franchise indiqué aux conditions particulières, conserve le bénéfice des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur sa tête, postérieurement à la date de résiliation du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive,
- l'affilié percevait de l'assureur les prestations incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, sauf si cet événement survient pendant la période de franchise précitée.

Dans tous les cas ci-dessus, toute revalorisation ultérieure à la date de la résiliation ne peut être accordée qu'en contrepartie d'une cotisation unique dont le montant est déterminé par l'assureur en fonction des charges prévisibles.

b) Lorsque la garantie en cas d'arrêt de travail définie à l'article 20 n'a pas été souscrite au titre du présent contrat

Le service des rentes en cours en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat sont maintenus, 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'affilié tel que prévu au paragraphe 1.a) ci-dessus est subordonné à la preuve du service effectif aux affiliés concernés de prestations en cas d'arrêt de travail par le régime social de base et un organisme assureur depuis la date de résiliation jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, sauf si le décès intervient au cours d'une période de franchise prévue par le contrat de l'organisme assureur garantissant le risque arrêt de travail à la date de résiliation.

La preuve de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail en cours à la date de résiliation du contrat doit être apportée au présent assureur dans les deux mois qui suivent la date de résiliation du présent contrat. À défaut, le maintien de ces garanties accordé au titre de l'exonération cesse à la date de résiliation du contrat.

Ce maintien est poursuivi, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure, tant que les affiliés concernés justifient de la perception de prestations d'arrêt de travail par le régime social de base et cet organisme assureur.

Dans tous les cas ci-dessus, toute revalorisation ultérieure à la date de la résiliation ne peut être accordée qu'en contrepartie d'une cotisation unique dont le montant est déterminé par l'assureur en fonction des charges prévisibles.

2. SI LA RÉSILIATION A POUR ORIGINE LA DISPARITION DE L'ENTREPRISE PAR SUITE DE REDRESSEMENT OU LIQUIDATION JUDICIAIRE OU LA CESSATION D'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE CONTRACTANTE PAR FUSION OU ABSORPTION AVEC UNE ENTREPRISE AYANT SOUSCRIT AUPRÈS DE L'ASSUREUR UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPORTANT DES GARANTIES SIMILAIRES

Le service des indemnités journalières et des rentes ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant

sur la tête de l'affilié (article 14, 15, 16, 17 et 18) accordé au titre de l'exonération (article 9) à la date de résiliation sont poursuivis par l'assureur, dans les conditions du contrat, ainsi que leur revalorisation ultérieure.

3. DISPOSITIONS COMMUNES

Le bénéfice de la garantie de l'article 18 est maintenu au seul affilié, à l'exclusion de son conjoint ou partenaire et enfants à charge.

Le maintien des garanties prévu aux paragraphes 1. et 2. ci-dessus cessent dans les conditions de l'article 4 et au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base de l'affilié, y compris pour inaptitude au travail et en tout état de cause à la date à laquelle tout assuré social peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Les garanties Décès du "conjoint" (article 19) et les garanties en cas d'infirmité consécutive à un accident corporel (article 21) et d'hospitalisation (article 22) cessent en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.



Titre 2. Garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive

Article 14. Garantie en cas de décès de l'affilié

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès de l'affilié sous réserve des dispositions du paragraphe C. ci-après, **une prestation** dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

La situation de famille de l'affilié est, le cas échéant, appréciée à la date du décès de l'affilié, au regard de l'État Civil et du nombre de personnes à charge.

B. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4.

C. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- **Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la première année d'affiliation au contrat.**

Toutefois, la garantie décès du contrat est accordée, dans la limite maximum des prestations précédemment assurées, aux personnes dont le suicide a lieu moins d'un an après leur affiliation au présent contrat dès lors que celle-ci fait suite à une précédente affiliation à un régime de prévoyance mis en place au titre d'une Convention Collective Nationale ou d'un accord collectif et qui justifient à la date du décès et avec le présent contrat, d'une période d'affiliation continue de plus d'un an.

- **Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.**

D. ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

1) Attribution du capital

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'affilié, 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'affilié 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 de(s) bénéficiaire(s) désigné(s), l'affilié 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'affilié sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).

Avec l'accord de l'affilié, 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'affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

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

2) Attribution des majorations

Le droit au bénéfice des majorations pour charge de famille est subordonné à l'existence des personnes y ouvrant droit le surlendemain du jour du décès de l'affilié.

En présence de plusieurs enfants, les majorations auxquelles ils ouvrent droit, propres à chacun, sont totalisées pour être réparties entre ces enfants 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-ci 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 DÉCÈS

La contractante doit déclarer le décès le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, qui comprennent notamment :

- une déclaration attestant que l'affilié faisait partie de son personnel lors de la survenance du décès (ou de l'arrêt de travail le précédant) et indiquant le montant du salaire de base tel qu'il est défini à l'article 6,
- un extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, 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 la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,

- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'affilié a souscrit un PACS au jour de son décès, un extrait d'acte de naissance de l'affilié 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'affilié au sens de l'article 6.2 du contrat,
- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille.

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

Paiement du capital décès

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'affilié ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre 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.

Article 15. Garantie "rente d'éducation"

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un affilié sous réserve des dispositions du paragraphe B).ci-après, l'assureur verse à au profit de chacun des enfants à charge définis à l'article 6 une rente **temporaire immédiate**.

Le montant annuel de la rente, indiqué aux conditions particulières, peut :

- soit, être fixé uniformément quel que soit l'âge de l'enfant,
- soit, être déterminé à l'origine selon l'âge de l'enfant à la date du décès et progresser 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 l'âge fixé aux conditions particulières.

B. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

Les cas d'exclusion de la garantie sont ceux exprimés à l'article 14 pour la garantie en cas de décès de l'affilié.

C. MODALITÉS DE PAIEMENT DES RENTES

1) Formalités à accomplir en cas de décès

Les pièces justificatives nécessaires au paiement des rentes d'éducation sont celles énumérées à l'article 14.

En outre, 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.

De plus, la preuve que l'enfant est à la charge du foyer fiscal de l'affilié au sens de l'article 6-2 du contrat devra le cas échéant être apportée à l'assureur.

- 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.

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

2) Attribution et paiement de la rente d'éducation

La rente d'éducation est payable 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'affilié 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'affilié, l'enfant âgé de plus de 21 ans effectue ses études ou est en apprentissage et est, le cas échéant, à charge du foyer fiscal de l'affilié 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.

La rente est versée :

- 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.

D. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4.

Article 16. Garantie en cas de décès de l'affilié consécutif à un accident

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) défini(s) à l'article 14, si l'affilié décède consécutivement à un accident et sous réserve des dispositions du paragraphe B. ci-après, une **prestation** dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Par le mot "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'affilié ou du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure.

Par "accident de la circulation", il faut entendre un accident survenu en un lieu ouvert à la circulation publique et causé par l'action de tout véhicule à moteur privé ou public, en mouvement ou non, et destiné à être utilisé sur terre, sur voie ferrée ou sur l'eau, que l'affilié soit passager ou même conducteur dudit véhicule ou qu'il se trouve hors de celui-ci. La garantie s'applique également lorsque l'affilié est passager d'un moyen de transport aérien.

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

Il appartient au(x) bénéficiaire(s), 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.

B. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- *maladie, même d'origine accidentelle ;*
- *accident causé intentionnellement par l'affilié ou résultant, soit d'un 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'affilié 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'affilié n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;*
- *accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*

C. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les formalités sont celles définies à l'article 14 pour la garantie en cas de décès de l'affilié.

Outre les pièces justificatives énumérées pour le paiement de la prestation, la preuve de l'accident ou de l'accident de la circulation et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès doit être apportée à l'assureur par tout document.

2) Attribution du bénéfice de la prestation

La prestation est versée dans les conditions définies à l'article 14-D pour la garantie en cas de décès de l'affilié.

D. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4.

Article 17. Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si un affilié est, consécutivement à une maladie ou à un accident sous réserve des dispositions du paragraphe B. ci-après, 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 personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît 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'affilié.

L'assureur verse alors à l'affilié, **une prestation identique à celle prévue au titre des articles 14 et 15 et, si les conditions particulières le prévoient, de l'article 16.**

Dans le cas où les conditions particulières prévoient le versement de la prestation de l'article 16, il est précisé que ce versement n'est toutefois effectué qu'à condition que l'invalidité absolue et définitive survienne au plus tard douze mois après l'accident.

Le salaire de base est déterminé à la date d'arrêt du travail et éventuellement revalorisé en application des dispositions de l'article 12.

La situation de famille de l'affilié est, le cas échéant, appréciée à la date d'exigibilité de la prestation, à savoir six mois après la date de reconnaissance par l'assureur de l'état d'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état, au regard de l'État Civil et du nombre de personne à charge.

Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin pour l'affilié concerné :

- à la garantie prévue en cas de décès au titre de l'article 14,
- et à celle prévue à l'article 16, si les conditions particulières prévoient le versement de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident.

En cas de décès survenant après la reconnaissance en invalidité absolue et définitive, la rente d'éducation dont le montant ne subira aucune modification sera versée dans les conditions prévues à l'article 15.

B. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- *accident ou maladie causé intentionnellement par l'affilié 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'affilié n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*

En outre, la garantie en cas d'invalidité absolue et définitive par accident ne s'applique pas en cas d'accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'affilié 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.

C. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

- une déclaration de la contractante attestant qu'il faisait partie de son personnel lors de la survenance de l'arrêt de travail et indiquant le montant du salaire de base défini à l'article 6 ;
- un certificat détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel ;
- 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'affilié a souscrit un PACS au jour de l'exigibilité du capital en cas d'invalidité absolue et définitive, un extrait d'acte de naissance de l'affilié 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'affilié au sens de l'article 6.2 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 charge de famille.

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

Lorsque l'invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident, il appartient également à l'affilié pour que la garantie prévue à l'article 16 soit accordée, en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident ou de l'accident de la circulation et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'invalidité absolue et définitive.

2) 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'affilié, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. **Si l'affilié s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'affilié et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième 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'affilié. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'affilié et l'assureur.

3) Date d'exigibilité et règlement de la prestation

La prestation garantie, payable à l'affilié lui-même, est exigible six mois après la date de reconnais-

sance par l'assureur de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

En cas de décès de l'affilié avant le versement de la prestation, une prestation sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 14.D.

D. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4.

Article 18. Garantie "allocation d'obsèques"

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser une **allocation** en cas de décès des personnes garanties.

Les personnes garanties et le montant de l'allocation sont indiqués aux conditions particulières.

Il est précisé qu'en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, le montant de l'allocation versé par l'assureur ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés et justifiés.

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie Allocation d'obsèques.

B. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

La contractante doit déclarer le décès le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- une déclaration attestant que l'affilié faisait partie de son personnel à la date du décès ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'affilié a souscrit un PACS au jour du décès, un extrait d'acte de naissance de l'affilié 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'affilié au sens de l'article 6-2 du contrat ;
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

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

2) Mode de règlement de l'allocation

L'allocation garantie est versée :

- *en cas de décès de l'affilié* : au conjoint ou partenaire, à défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques ;
- *en cas de décès du conjoint ou partenaire ou d'un enfant* : à l'affilié ;
- *en cas de décès simultanés des personnes garanties et de l'affilié* : à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

C. CESSATION DE LA GARANTIE

Pour l'affilié, son conjoint ou partenaire et ses enfants à charge, la garantie prend fin à la date de cessation de l'affiliation prévue à l'article 4 et en tout état de cause :

- *pour le conjoint* : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire et en tout état de cause, le jour de son 65^e anniversaire,
- *pour le partenaire* : à la date de rupture du PACS et en tout état de cause, le jour de son 65^e anniversaire,
- *pour les enfants* : dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'affilié au sens de l'article 6-2 du contrat.

Article 19. Garanties en cas de décès du "conjoint" de l'affilié

A. DÉCÈS DU "CONJOINT" ANTÉRIEUR À CELUI DE L'AFFILIÉ

1) Définition de la garantie

En cas de décès du conjoint ou partenaire de l'affilié tel que défini à l'article 3 avant l'âge de 65 ans et à condition que l'affilié soit vivant lors de la survenance de cet événement, l'assureur verse, sous réserve des dispositions du paragraphe C.1) ci-après, **une prestation** dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès du conjoint ou partenaire, la prestation revient à l'affilié, à défaut, aux enfants du conjoint ou partenaire nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut aux héritiers de ce dernier.

Cette garantie n'est pas applicable lorsque la garantie prévue au B. ci-dessous est mise en jeu.

2) Cessation de la garantie

La garantie prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 4,

- à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS,
- à la date du décès de l'affilié,
- en tout état de cause, le jour où le conjoint ou partenaire atteint son 65^e anniversaire.

Si l'affilié bénéficie du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 9, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

B. DÉCÈS DU CONJOINT SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR À CELUI DE L'AFFILIÉ (DOUBLE EFFET)

1) Définition de la garantie

Cette garantie a pour objet de verser **une prestation** si le conjoint ou partenaire de l'affilié tel que défini à l'article 3 décède avant l'âge de 60 ans, sous réserve, d'une part, des dispositions du paragraphe C.1) ci-après et, d'autre part, que cet événement se produise simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès de l'affilié) ou postérieurement à celui de l'affilié.

La prestation dont le montant est indiqué aux conditions particulières, est versée au profit du ou des enfants considérés à charge à la date du décès de l'affilié et qui demeurent encore à charge du conjoint ou partenaire à la date du décès de ce dernier.

En cas de décès de deux affiliés au contrat, conjoints ou partenaires, lorsque ces décès sont consécutifs à un même événement et surviennent dans les deux mois suivants ledit événement, le montant de la prestation versée au titre de la présente garantie est limité pour chacun de ces affiliés et réduit de moitié.

Pour le calcul de la prestation, il ne sera pas tenu compte de la prestation supplémentaire versée en cas de décès consécutif à un accident.

2) Cessation de la garantie

La garantie prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 4,
- à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire ou à la date de rupture du PACS,
- en tout état de cause, le jour où le conjoint ou partenaire atteint son 60^e anniversaire.

Si l'affilié bénéficie du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 9, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

C. DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DU "CONJOINT"

1) Risques exclus

Les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- **Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la première année de garantie du conjoint ou partenaire au titre du contrat.**
- **Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.**

2) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation comprennent notamment :

- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment :
 - lorsque l'affilié a souscrit un PACS au jour du décès, un extrait d'acte de naissance de l'affilié 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'affilié (ou du conjoint ou partenaire) au sens de l'article 6-2 :
- un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, 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 ;
- tous documents permettant la justification des charges de famille ;
- le cas échéant, tous documents précisant les causes et les circonstances de l'accident ayant entraîné le ou les décès ;
- une déclaration de la contractante attestant que l'affilié faisait partie de son personnel lors de la survenance du prédécès du conjoint ou partenaire et indiquant le montant de son salaire de base tel que défini à l'article 6.

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

3) Mode de règlement de la prestation

Le règlement de la prestation est effectué aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 14 pour la garantie en cas de décès de l'affilié.



Titre III. Garanties en cas d'arrêt de travail

Article 20. Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié

A. DÉFINITION ET OBJET DES GARANTIES - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

1) Définition des garanties

- Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou à un accident, qui place l'affilié dans la totale incapacité physique ou psychique constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident, entraînant l'impossibilité physique ou psychique, totale ou partielle pour l'affilié, 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.

2) Objet des garanties

Ces garanties ont pour objet le service d'une **indemnité journalière** en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'une **rente annuelle** en cas d'invalidité permanente de l'affilié, consécutive à une maladie ou à un accident, sous réserve des dispositions du paragraphe 4) du D. ci-après.

Ces prestations sont versées à l'affilié **à la double condition** :

- qu'il soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente, telles qu'elles sont définies au paragraphe 1) ci-avant ;

L'état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base de l'affilié.

- qu'il perçoive, à ce titre, des prestations en espèces de son régime social de base. Si l'affilié ne peut bénéficier des prestations du régime social de base pour raison administrative (durée d'immatriculation ou cotisations insuffisantes, par exemple), le règlement des prestations est effectué par l'assureur comme si cet organisme

intervenant, sous réserve que lui soit délivrée toute pièce justifiant l'arrêt de travail.

3) Conditions d'attribution des prestations

Les modalités d'application des garanties sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française.

Si, ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification des engagements pris par la contractante et l'assureur, celui-ci procéderait à l'ajustement de la cotisation relative aux garanties accordées en cas d'arrêt de travail. Si la contractante ne donnait pas suite à la proposition de l'assureur ou si elle refusait expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourrait résilier le contrat au terme d'un délai de 30 jours.

Toutefois, l'assureur se réserve la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

B. INCAPACITÉ TEMPORAIRE

1) Incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle

Montant de la prestation

Lorsque l'assureur reconnaît l'affilié en état d'incapacité temporaire totale de travail, sous réserve que ce dernier bénéficie des prestations en espèces de l'assurance maladie du régime social de base, il lui verse une **indemnité journalière**, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale dite "franchise" qui peut varier selon la nature de l'arrêt de travail (maladie, accident, hospitalisation).

Le montant de l'indemnité journalière et la (ou les) franchise(s) sont indiqués aux conditions particulières.

Il est précisé que toute indemnisation liée à l'hospitalisation cesse au terme de celle-ci, l'indemnisation reprenant au terme de la franchise prévue pour l'événement ayant entraîné l'hospitalisation.

Reprise du travail à temps partiel après une période d'incapacité temporaire totale de travail

En cas de reprise du travail à temps partiel après une période d'incapacité totale de travail et à condition que le service des prestations en espèces

du régime social de base soit maintenu à l'affilié, les indemnités journalières complémentaires versées par l'assureur sont réduites de moitié.

Disposition spécifique à la maternité ou paternité

L'affilié se trouvant en état d'incapacité de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

2) Incapacité temporaire consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle

Lorsque l'incapacité temporaire est consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle reconnu(e) et indemnisé(e) comme tel(le) par le régime social de base, les dispositions du paragraphe 1) ci-dessus sont complétées par ce qui suit :

Sans indication spécifique aux conditions particulières, le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du taux "t" fixé sur la tranche 2 du salaire de base en cas d'incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle.

Lorsque le salaire de base est limité à la tranche 1, le taux "t" est celui retenu aux conditions particulières pour l'application de la garantie "Incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle". Ce taux est augmenté du taux d'indemnisation du régime social de base sur cette tranche forfaitairement fixé à 50 % lorsque les conditions particulières ne prévoient pas la déduction de la prestation versée par cet organisme.

En tout état de cause, l'indemnité versée par le régime social de base au titre des accidents du travail et maladies d'origine professionnelles est déduite de celle versée par l'assureur.

3) Modalités de paiement de la prestation

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que l'affilié est en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente par l'assureur et, au plus tard, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 7) du D) ci-après.

Tant que le contrat de travail est maintenu, l'assureur est valablement libéré à l'égard de l'affilié par le règlement de l'indemnité journalière effectué à la contractante, celle-ci s'engageant à la reverser au bénéficiaire.

Dès la rupture du contrat de travail, l'assureur verse directement à l'affilié la prestation qui lui est due.

C. INVALIDITÉ PERMANENTE

1) Invalidité permanente non consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle

Si le taux d'invalidité (n) déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale. Il est alors versé une rente annuelle dont le montant est exprimé aux conditions particulières.

Si le taux d'invalidité (n) déterminé par l'assureur est compris entre 40 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente versée par l'assureur en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à $n/66$.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité n'atteint pas 40 %.

2) Invalidité permanente consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle

Lorsque l'invalidité permanente de l'affilié est consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle reconnu(e) et indemnisé(e) comme tel(le) par le régime social de base, les prestations versées par l'assureur sont déterminées de la façon suivante :

A condition que la capacité de travail de l'affilié soit diminuée de 33 % ou plus, les prestations versées par le régime social de base au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies d'origine professionnelle sont complétées par une rente annuelle R dont le montant est déterminé, par l'assureur, d'après la formule :

$$R = (S \times t \times N) - y$$

dans laquelle :

S représente le salaire de base de l'affilié à la date d'arrêt du travail,

t est le taux fixé aux conditions particulières pour la garantie Accident du travail.

Sans indication spécifique aux conditions particulières, le taux fixé sur la tranche 2 du salaire de base en cas d'invalidité permanente totale non consécutive à un accident du travail ou maladie d'origine professionnelle, sera appliqué.

Lorsque le salaire de base est limité à la tranche 1, le taux "t" est celui retenu aux conditions particulières pour l'application de la garantie "Invalidité permanente non consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle". Ce taux est augmenté du taux d'indemnisation du régime social de base sur cette tranche forfaitairement fixé à 50 % lorsque les conditions particulières ne prévoient pas la déduction de la prestation versée par cet organisme.

N Le taux d'invalidité permanente reconnu par l'assureur, par référence au barème indicatif d'invalidité retenu par le régime social de base pour déterminer son taux d'incapacité permanente non corrigé,

y le montant des prestations servies par le régime social de base au titre des accidents du travail ou maladies d'origine professionnelle, hormis les majorations pour tierce personne.

3) Modalités de paiement de la prestation

La rente est versée dès la date de reconnaissance en invalidité par l'assureur mais au plus tôt à l'issue de la période de franchise prévue aux conditions particulières pour le versement des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire. Le délai de franchise ne sera toutefois pas appliqué si l'invalidité permanente fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale ayant déjà permis son écoulement.

Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité.

La rente est payable à l'affilié, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 7 du D. ci-après.

D. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

1) Reprise du travail inférieure à deux mois

Lorsque l'affilié ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus reprend son activité et doit l'interrompre moins de 2 mois après cette reprise, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

2) Accident du travail et maladie d'origine professionnelle

Si l'accident ou la maladie survient hors de France, le calcul de l'indemnité journalière et de la rente annuelle est effectué en tenant compte des seules dispositions législatives françaises sur les accidents du travail et maladies d'origine professionnelle.

3) Cumul des prestations

Le cumul des prestations versées tant par le régime social de base (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne) que par l'assureur et, le cas échéant, des salaires payés par la contractante, ne peut excéder le montant du salaire de base de l'affilié déterminé à la date d'arrêt de travail et revalorisé à compter du 366^e jour d'arrêt de travail.

Cette revalorisation est calculée en fonction de l'évolution de la valeur de l'unité de référence entre la date d'arrêt du travail et celle de l'échéance de la prestation.

4) Cas d'exclusion des garanties

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- **accident ou maladie causé intentionnellement par l'affilié 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'affilié n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante,**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français,**

En outre, il est rappelé que les garanties en cas d'arrêt de travail ne s'appliquent pas pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

5) Conditions d'attribution des prestations

a) Formalités à accomplir en cas de sinistre

La déclaration de l'arrêt de travail incombe à l'affilié qui est tenu de l'adresser à l'assureur par l'intermédiaire de la contractante, dans les délais suivants :

- **si la durée de la franchise est inférieure à 90 jours : dans les 3 mois suivants la date d'arrêt du travail,**
- **si la durée de la franchise est égale ou supérieure à 90 jours : dans les 30 jours suivants 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.

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'une attestation de la contractante d'après laquelle l'affilié faisait partie de son personnel lors de la survenance de l'arrêt de travail et indiquant le montant de ses rémunérations brute et nette telles qu'elles sont définies à l'article 6,
- d'un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel,

mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident,

- le cas échéant, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant,
- de tout document prouvant l'identité et, le cas échéant, la situation de famille,
- de la justification du paiement des prestations en espèces servies par le régime social de base ou d'une attestation de non-paiement si, tout en étant assuré social, l'affilié ne répond pas administrativement aux conditions d'attribution des prestations de cet organisme.

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

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

Par la suite, la contractante doit aviser l'assureur de la rupture du contrat de travail de l'affilié dès que celle-ci intervient.

b) 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'affilié.

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'affilié, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'affilié.

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

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, l'affilié et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième 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'affilié.

Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'affilié et l'assureur.

6) Revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et les rentes annuelles sont revalorisées conformément aux dispositions prévues à l'article 12-3).

7) Cessation des garanties

Les garanties prennent fin dans les conditions de l'article 4.

Les garanties et le service des prestations cessent :

- en tout état de cause, à la date à laquelle l'affilié cesse de percevoir des prestations en espèce au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Invalidité du régime social de base ;
- au plus tard, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base de l'affilié (excepté si ce dernier bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite), y compris pour inaptitude au travail ;
- et, s'agissant des prestations en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle, à la date à laquelle l'affilié peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Si l'affilié bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, les garanties et le service des prestations cessent en tout état de cause à la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite, quel qu'en soit le motif.

En outre, le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée, à la reprise d'une activité professionnelle par l'affilié, quelle que soit la nature de cette activité.



Titre IV. Garantie en cas d'infirmité de l'affilié consécutive à un accident corporel

Article 21. Garantie en cas d'infirmité de l'affilié consécutive à un accident corporel

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

1) Objet

La garantie a pour objet d'accorder, sous réserve des dispositions du paragraphe B. ci-après, **une indemnité** à l'affilié en cas d'accident corporel entraînant une infirmité l'atteignant dans l'exercice de sa profession ou au cours de sa vie privée, selon les indications figurant aux conditions particulières.

Par l'expression "accident corporel", il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle, provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure.

Cette garantie est acquise si l'accident a lieu :

- en France (métropole et outre-mer),
- et à l'étranger, à condition que le séjour au cours duquel survient l'accident n'excède pas 3 mois.

2) Montant de l'indemnité

Le montant de l'indemnité est fixé aux conditions particulières, pour un taux d'infirmité déterminé égal à 100 % par le médecin de l'assureur.

Si l'infirmité est partielle, le montant de l'indemnité versée est proportionnel au taux d'infirmité.

Aucune indemnité n'est due pour un taux d'infirmité inférieur ou égal à la franchise indiquée aux conditions particulières.

Dans tous les cas, il n'est jamais tenu compte de l'âge et de la profession de l'affilié.

Le taux d'infirmité est fixé par le médecin de l'assureur après consolidation des blessures selon le barème ci-annexé.

Si l'affilié est atteint d'une infirmité antérieure à la survenance de l'accident garanti, il n'est pas tenu compte des lésions dues à cette infirmité. Toutefois, dans le cas où le membre ou organe déjà infirme est atteint par d'autres lésions, l'indemnisation porte sur la différence entre l'état de l'affilié avant et après l'accident.

Si l'affilié n'a pas suivi le traitement qui lui a été prescrit, l'indemnité est estimée d'après les consé-

quences qu'aurait eues ce même accident s'il avait suivi le traitement imposé.

B. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- *maladie, même d'origine accidentelle ;*
- *accident causé intentionnellement par l'affilié 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 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'affilié n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;*
- *accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français ;*
- *conduite par l'affilié d'un véhicule, sans permis en état de validité ou sans l'âge requis ;*
- *accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'affilié 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 ;*
- *travaux souterrains ou sous l'eau, manipulation d'explosifs, effet de radiations atomiques ;*
- *hernies et lumbagos.*

C. MODALITÉS DE PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ

1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

L'affilié doit déclarer l'accident le plus rapidement possible par l'intermédiaire de la contractante, la déclaration devant comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'accident.

En outre, l'affilié doit :

- fournir une attestation de la contractante d'après laquelle il faisait partie de son personnel à la date de l'accident et indiquant le montant de son salaire de base tel qu'il est défini à l'article 6 ;
- transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de son état actuel, des lésions et de leurs conséquences ;
- transmettre tous documents nécessaires pour établir la matérialité et l'importance de l'accident ;
- se soumettre à l'examen du médecin de l'assureur.

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

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration de la part de l'affilié ayant pour objet d'induire l'assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences de l'accident, entraîne la perte du droit à l'indemnité.

2) Mode de règlement de l'indemnité

Le versement de l'indemnité est effectué dans un délai maximum d'un mois après accord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur sur les causes et les conséquences de l'accident, ainsi que sur le taux d'infirmité.

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur portant sur le taux d'infirmité, l'affilié et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième 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'affilié.

Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'affilié et l'assureur.

D. RECOURS CONTRE LES RESPONSABLES DE L'ACCIDENT

L'affilié conserve intégralement le bénéfice d'un recours éventuel à l'encontre des personnes responsables.

E. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4.

Si l'affilié bénéficie du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 9, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.



Titre V. Garantie en cas d'hospitalisation

Article 22. Garantie en cas d'hospitalisation

A. DÉFINITION DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'accorder, sous réserve des dispositions du paragraphe B. ci-après, **une indemnité journalière** en cas d'hospitalisation des personnes garanties.

Les hospitalisations prises en compte au titre du contrat sont celles qui ont lieu à l'hôpital ou à la clinique ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle et qui sont prescrites par le médecin traitant.

Sont également pris en considération, les séjours pour convalescence dans un établissement spécialisé reconnu par la Sécurité sociale qui font suite à une hospitalisation.

Les personnes garanties, la nature de l'hospitalisation prise en compte, la franchise, le montant et la limite de la garantie sont indiqués aux conditions particulières.

B. CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

Sont exclus de la garantie :

- **les hospitalisations occasionnées par :**
 - **les mutilations volontaires, les tentatives de suicide ;**
 - **l'état d'imprégnation alcoolique de l'affilié ou de la personne garantie, 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 ;**
 - **l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;**
 - **la chirurgie esthétique ;**
 - **la rééducation (sauf la rééducation fonctionnelle) ;**
- **les hospitalisations et les soins à domicile,**
- **l'hospitalisation pour bilan de santé,**
- **l'hospitalisation pour troubles mentaux dans les conditions prévues au Titre IV du code de la santé publique,**

- **les séjours dans les centres de rééducation professionnelle,**
- **les séjours en aérium,**
- **les hospitalisations consécutives à des cures de désintoxication, des cures de rajeunissement, des cures thermales ou héliomarines, des cures diététiques ou d'amaigrissement.**

Sont également exclues les hospitalisations résultant de :

- **la guerre civile ou étrangère, la guerre mettant en cause l'État français, l'utilisation d'engins ou d'armes de guerre,**
- **les mouvements populaires, les émeutes ou les rixes (sauf cas de légitime défense),**
- **tout risque atomique : explosions, radiations, dégagement de chaleur, etc.**

En outre, la garantie hospitalisation ne s'applique en aucun cas à l'hospitalisation en cours à la date de l'affiliation au contrat.

C. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

L'affilié ou toute personne de son entourage doit adresser la déclaration de l'hospitalisation à l'assureur dans un délai maximum de 30 jours.

Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes qui doivent mentionner les nom et prénoms de la personne soignée :

- le bulletin d'entrée et de sortie établi par l'établissement hospitalier ou à défaut, l'original de la note de frais d'hospitalisation ;
- un certificat médical détaillé indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la nature des soins prodigués à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel ;

En outre, tout document prouvant l'identité et la situation de famille et une attestation de la contractante d'après laquelle l'affilié faisait partie de son personnel à la date de l'hospitalisation et indiquant le montant de son salaire de base défini à l'article 6 devront également être adressés à l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce justificative supplémentaire qui lui paraîtrait nécessaire ainsi que la possibilité

de faire visiter le malade par un médecin de son choix notamment en cas de prolongation de séjour au-delà de la durée normale.

2) Modalités de règlement de la prestation

L'assureur règle les indemnités journalières au terme de l'hospitalisation sur présentation des pièces figurant au 1) ci-dessus.

En cas d'hospitalisation supérieure à un mois, l'assureur règle les indemnités journalières par période de 30 jours sur présentation d'un bulletin d'entrée certifiant que la personne garantie est toujours hospitalisée.

D. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 4 et en tout état de cause :

- *pour le conjoint* : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire et au plus tard à son 65^e anniversaire.
- *pour le partenaire* : à la date de rupture du PACS et au plus tard à son 65^e anniversaire.
- *pour les enfants* : dès qu'ils cessent d'être à la charge de l'affilié au sens de l'article 6 du contrat.

Si l'affilié bénéficie du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 9, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.



Annexe 1. Dispositions particulières Affilié dont le contrat de travail est suspendu à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable Affilié travaillant à temps partiel pour raison de santé

PRÉAMBULE

En application des dispositions du contrat, l'ensemble des membres du personnel de la contractante dont le contrat de travail est en cours et qui appartiennent à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières est affiliable.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu ou travaillant à temps partiel pour raison de santé, à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable sont garantis dès cette date, dans les conditions de la présente annexe et pour les garanties souscrites par la contractante.

IL EST PRÉCISÉ QUE :

- les dispositions de la présente annexe sont accordées sous réserve du paiement des cotisations déterminées selon les dispositions prévues dans chacun des paragraphes suivants ;
- les dispositions du contrat auxquelles il n'est pas dérogé sont intégralement applicables ;
- à l'origine du contrat, la contractante s'engage à déclarer et fournir à l'assureur tous les éléments nécessaires à la gestion de la présente annexe, en particulier :

- la liste des personnes concernées accompagnée du bulletin individuel d'affiliation et du questionnaire de santé dûment complétés et signés de chaque affilié concerné et précisant selon le cas :

- la date d'effet et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé et la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel.
- que l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé.

- le montant des garanties de même nature précédemment assurées par un autre organisme assureur ainsi que les conditions de leur attribution et de leur versement et les éléments servant de base à leur calcul
- le cas échéant, le montant des prestations à la charge d'un précédent organisme assureur.

En cas de non-respect de cette obligation, le contrat peut être résilié dans les conditions de l'article 3 des conditions générales.

- La contractante s'engage à déclarer la date de rupture du contrat de travail de tout affilié béné-

ficiant des dispositions de la présente annexe, dès que celle-ci intervient.

1. Si le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que la maladie ou l'accident

Si le contrat de travail est suspendu à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable pour une autre cause que la maladie ou l'accident, tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions du contrat.

Au terme de cette période ou à défaut de maintien de salaire total ou partiel, si la contractante a fait une demande d'octroi des garanties à l'assureur pour l'ensemble de son personnel affiliable dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause, à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes.

1.1 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS, D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE, D'INFIRMITÉ CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT CORPOREL OU D'HOSPITALISATION

Prise d'effet des garanties

Les garanties en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales. Toutefois, la garantie en cas d'hospitalisation ne s'applique pas à l'hospitalisation en cours à la date d'entrée dans l'effectif affiliable.

Salaire de base

La base servant au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que déclarée par la contractante à la Sécurité sociale, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de suspension du contrat de travail, sans revalorisation pendant la durée de la suspension du contrat de travail.

Montant des prestations

Les prestations garanties seront calculées et versées selon les dispositions du présent contrat.

1.2 GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne prendront effet qu'à la date de **reprise effective du travail**. Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'invalidité

permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, pour tout nouvel arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail**.

1.3 COTISATION

La cotisation afférente aux prestations garanties est calculée sur la rémunération déterminée ci-dessus et en fonction du taux de cotisation applicable aux affiliés présents dans l'entreprise pour les garanties décès, invalidité absolue et définitive, infirmité consécutive à un accident corporel et hospitalisation.

2. Si le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie ou d'accident

Si le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie ou d'accident à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable pour cause de maladie ou d'accident, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes.

2.1 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS, D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE, D'INFIRMITÉ CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT CORPOREL OU D'HOSPITALISATION

Prise d'effet des garanties

Les garanties en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales. Toutefois, la garantie hospitalisation ne s'applique pas à l'hospitalisation en cours à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable.

Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que déclarée par la contractante à la Sécurité sociale, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de l'arrêt de travail de l'affilié.

Cette rémunération peut être ajustée en fonction des dispositions contractuelles du précédent contrat de même nature souscrit par la contractante auprès d'un précédent organisme assureur, entre la date de l'arrêt de travail et la date d'effet du présent contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable.

Son montant est en tout état de cause déclaré à l'assureur par la contractante, à l'origine du contrat ou de l'affiliation.

Revalorisation du salaire de base

Le salaire de base est revalorisé à compter du 366^e jour d'affiliation au présent contrat, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie aux conditions générales, en vigueur à la date du décès, de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'infirmité consécutive à un accident corporel ou à la date de l'hospitalisation et celle en vigueur à la date d'affiliation au présent contrat.

Montant des prestations

Les prestations seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

Toutefois, si au titre de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'affilié bénéficie d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

En cas de non-déclaration par l'affilié ou ses ayants droit du montant des garanties maintenues auprès d'un précédent organisme assureur, l'affilié ou ses ayants droit perd(ent) son (leur) droit à la prestation assurée au titre du présent paragraphe.

2.2 GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

A) Garanties en cas d'incapacité temporaire

Prise d'effet de la garantie

La garantie en cas d'incapacité temporaire de travail ne prendra effet qu'à la date de **reprise effective du travail**.

Montant des prestations

Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date de la **reprise du travail**.

Lorsque le nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail** est consécutif à une rechute (identité de fait générateur avec l'arrêt de travail en cours à la date d'affiliation) et donne lieu à garantie par un précédent organisme assureur au titre d'un précédent contrat de même nature, **le montant des prestations à la charge de cet organisme assureur sera déduit des prestations dues au titre du présent contrat.**

B) Garantie en cas d'invalidité permanente

Prise d'effet de la garantie

La garantie en cas d'invalidité permanente prend

effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

Toutefois, la garantie invalidité permanente ne s'applique pas à un état d'invalidité reconnu antérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable. Par contre, l'aggravation d'un état d'invalidité permanente, survenue et reconnue par l'assureur postérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable, est garantie.

Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle de l'affilié telle que déclarée par la contractante à la Sécurité sociale, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de l'arrêt de travail de l'affilié.

Cette rémunération peut être ajustée en fonction des dispositions contractuelles du précédent contrat de même nature souscrit par la contractante auprès d'un précédent organisme assureur, entre la date de l'arrêt de travail et la date d'effet du présent contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable.

Son montant est en tout état de cause déclaré à l'assureur par la contractante, à l'origine du contrat ou de l'affiliation.

Montant des prestations

Les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

Toutefois, dans la mesure où l'invalidité donne lieu à garantie en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations à la charge de cet organisme assureur sera déduit des prestations dues au titre du présent contrat.

Dans ce cas, les prestations dues au titre du présent contrat seront revalorisées dès le 366^e jour qui suit la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie aux conditions générales du présent contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat.

C) Revalorisation des prestations dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au titre d'un contrat de même nature

Tant que l'affilié n'est pas effectivement apte à reprendre son travail, les indemnités d'incapacité temporaire et les rentes d'invalidité permanente dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au titre d'un contrat de même

nature, au niveau atteint à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable, seront revalorisées au titre du présent contrat.

Ainsi, ces prestations seront revalorisées dès le 366^e jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie aux conditions générales du présent contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'affiliation au présent contrat.

2.3 COTISATION

La cotisation afférente aux prestations garanties est comprise dans la cotisation figurant aux conditions particulières du contrat ou fait l'objet de dispositions spécifiques figurant également à ces conditions particulières ou dans un avenant émis après réception des documents que doit transmettre la contractante à l'assureur afin que ce dernier détermine cette cotisation.

3. Affilié exerçant son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé

Si l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable, l'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions suivantes :

3.1 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS, D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE, D'INFIRMITÉ CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT CORPOREL OU D'HOSPITALISATION

Prise d'effet des garanties

Les garanties en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'infirmité consécutive à un accident corporel ou d'hospitalisation prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales. Toutefois, la garantie hospitalisation ne s'applique pas à l'hospitalisation en cours à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable.

Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.

Toutefois, si l'affilié bénéficie au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de

santé, d'une indemnité journalière d'incapacité ou d'une rente d'invalidité et d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive, en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, le salaire de base servant au calcul des prestations du présent contrat est reconstitué sur la base de son activité à temps plein.

Montant des prestations

Les prestations seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat en fonction du salaire de base tel que défini ci-avant, étant précisé que **si au titre de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité en cours à la date d'affiliation au contrat, l'affilié bénéficie d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations garanties par cet organisme assureur sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.**

En cas de non-déclaration par l'affilié ou ses ayants droit du montant des garanties maintenues auprès d'un précédent organisme assureur, l'affilié ou ses ayants droit perd(ent) son (leur) droit à la prestation assurée au titre du présent paragraphe.

3.2 GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

A) Garantie en cas d'incapacité temporaire

Prise d'effet de la garantie

La garantie en cas d'incapacité temporaire prend effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.

Montant des prestations

Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, en fonction du salaire de base tel que défini ci-avant, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date d'affiliation au présent contrat, dans la mesure où cet arrêt de travail ne donne pas lieu à garantie par un précédent organisme assureur au titre d'un précédent contrat de même nature (rechute ou invalidité au terme d'une période d'incapacité temporaire de travail).

Rechute

Lorsque le nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date d'affiliation est consécutif à

une rechute (identité de fait générateur avec l'arrêt de travail en cours à la date d'affiliation) et donne lieu à garantie par un précédent organisme assureur au titre d'un précédent contrat de même nature, **le montant des prestations à la charge de cet organisme assureur sera déduit des prestations dues au titre du présent contrat.**

Dans ce cas, le salaire de base servant au calcul des prestations du présent contrat est reconstitué sur la base d'une activité à temps plein de l'affilié.

B) Garantie en cas d'invalidité permanente

Prise d'effet de la garantie

La garantie en cas d'invalidité permanente prendra effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

Toutefois, la garantie invalidité permanente ne s'applique pas à un état d'invalidité survenu antérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable. En revanche, est garantie, l'aggravation d'un état d'invalidité permanente, survenue et reconnue par l'assureur postérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable.

Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.

Toutefois, si l'affilié bénéficie, au titre de l'invalidité, d'une rente d'invalidité en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, le salaire de base servant au calcul des prestations du présent contrat est reconstitué sur la base de son activité à temps plein.

Montant des prestations

Les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

Toutefois, dans la mesure où l'invalidité donne lieu à garantie en exécution du contrat d'un précédent organisme assureur, le montant des prestations à la charge par cet organisme assureur sera déduit des prestations versées au titre du présent contrat.

Dans ce cas, les prestations dues au titre du présent contrat seront revalorisées dès le 366^e jour qui suit la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie aux conditions générales du présent

contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat.

C) Revalorisation des prestations dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au titre d'un contrat de même nature

Tant que l'affilié n'a pas repris son travail à temps complet, s'il bénéficie au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, d'une indemnité journalière d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, l'assureur accorde au titre du présent contrat, la revalorisation des indemnités d'incapacité temporaire ou des rentes d'invalidité dont le versement est maintenu par ce précédent organisme assureur au niveau atteint à la date d'affiliation au présent contrat.

Cette revalorisation est déterminée, dès le 366^e jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date, 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'affiliation au contrat.

3.3 COTISATION

La cotisation afférente aux prestations garanties est calculée sur la rémunération de base partielle et en fonction du taux de cotisation applicable aux affiliés présents à temps complet dans l'entreprise pour la totalité des garanties souscrites par la contractante.

En ce qui concerne les prestations accordées en complément de celles maintenues au titre d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur (différentiel de garantie décès et invalidité et revalorisation), la cotisation correspondante est comprise dans la cotisation figurant aux conditions particulières du contrat ou fait l'objet de dispositions spécifiques figurant également à ces conditions particulières ou dans un avenant émis après réception des documents que doit transmettre la contractante à l'assureur afin que ce dernier détermine cette cotisation.

4. Dispositions communes

- **Dans tous les cas, les garanties seront accordées dans les conditions normales du contrat dès la reprise effective du travail sans réduction d'horaire pour raison de santé de l'affilié concerné,**

- **En cas de résiliation du présent contrat, les dispositions suivantes sont applicables par dérogation partielle aux termes de l'article 13 des conditions générales du contrat.**

- S'agissant des affiliés **dont le contrat de travail est toujours suspendu pour une autre cause que la maladie ou l'accident**, à la date de résiliation du présent contrat, ils ne bénéficient d'aucun maintien des garanties prévues par la présente annexe.
- S'agissant des affiliés **dont le contrat de travail est toujours suspendu pour cause de maladie ou d'accident ou qui travaillent à temps partiel pour raison de santé**, à la date de résiliation du présent contrat, les stipulations suivantes s'appliquent aux garanties et prestations visées par la présente annexe et en cours de service à la date de résiliation :

1. Résiliation pour une cause autre que celle prévue au 2. ci-après

a) Lorsque les garanties en cas d'arrêt de travail définies à l'article 20 des conditions générales ont été souscrites au titre du présent contrat

- Le service des indemnités journalières et rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du présent contrat, servies par l'assureur au titre de la présente annexe,

et

- les garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié (article 14, 15, 16, 17 et 18 des conditions générales) accordé au titre de la présente annexe, sont maintenus, dans les conditions du présent contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

b) Lorsque les garanties en cas d'arrêt de travail définies à l'article 20 n'ont pas été souscrites au titre du présent contrat

- Le service des prestations en cours et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du présent contrat, servies par l'assureur au titre de la présente annexe, sont maintenus dans les conditions du présent 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 souscrites, reposant sur la tête de l'affilié tel que prévu au paragraphe a) ci-dessus est subordonné à la preuve du service effectif à l'affilié concerné, de prestations en cas d'arrêt de travail par le régime social de base et un organisme assureur depuis la date de rési-

liation jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, sauf si le décès intervient au cours d'une période de franchise prévue par le contrat de l'organisme assureur garantissant le risque arrêt de travail à la date de résiliation.

La preuve de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail en cours à la date de résiliation du contrat doit être apportée au présent assureur dans les deux mois qui suivent la date de résiliation du présent contrat. À défaut, le maintien de ces garanties accordé au titre de la présente annexe cesse à la date de résiliation du contrat.

Ces garanties sont maintenues, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure, tant que les affiliés concernés justifient de la perception de prestations d'arrêt de travail par le régime social de base et cet organisme assureur.

2. Si la résiliation a pour origine la disparition de l'entreprise par suite de redressement ou liquidation judiciaire ou la cessation d'activité de l'entreprise contractante par fusion ou absorption avec une entreprise ayant souscrit auprès de l'assureur un régime de prévoyance comportant des garanties similaires

- Le service des indemnités journalières et rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du présent contrat, servies par l'assureur au titre de la présente annexe,

et

- les garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié (article 14, 15, 16, 17 et 18 des conditions générales) accordées au titre de la présente annexe,

sont maintenus, dans les conditions du présent contrat ainsi que leur revalorisation ultérieure.

3. Dispositions communes

Le bénéfice de la garantie de l'article 18 des conditions générales est maintenu au seul affilié, à l'exclusion de son conjoint ou partenaire et enfants à charge.

Le maintien des garanties prévu ci-dessus cesse dans les conditions des articles 4 et 9 des conditions générales.

Le bénéfice des garanties en cas de Décès du "conjoint" (article 19) et les garanties en cas d'infirmité consécutive à un accident corporel (article 21) et d'hospitalisation (article 22) cesse en tout état de cause à la date de résiliation du présent contrat.



Annexe 2. Maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 relatif à la modernisation du marché du travail

L'affiliation et les garanties du contrat sont maintenues aux affiliés bénéficiaires de l'accord ci-dessus, dont le contrat de travail avec la contractante est rompu, dans les conditions précisées ci-après.

1. CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés déclarés par la contractante et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- le droit à couverture au titre du contrat collectif prévoyance souscrit par la contractante doit avoir été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail,
- le contrat de travail doit être rompu ; ainsi donne droit à maintien de garanties :
 - tout licenciement sauf en cas de faute lourde,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - l'arrivée à terme du CDD,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
 - la démission légitime,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,
- la cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage, quelle que soit l'origine de cette cessation,
- le cas échéant, les intéressés doivent conserver le bénéfice des garanties de l'ensemble des contrats collectifs obligatoires prévoyance et frais de santé, souscrits par la contractante, auxquels ils étaient affiliés à la date de cessation de leur contrat de travail,
- les cotisations correspondantes doivent être payées dans les conditions prévues au paragraphe 6 ci-après.

Les anciens salariés de la contractante bénéficient du maintien des garanties du contrat aux mêmes clauses et conditions que les affiliés en activité au sein de la contractante, sous réserve des dispositions du paragraphe 5 ci-après. Toute modification des garanties et/ou du montant des cotisations intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien.

2. OBLIGATIONS DE LA CONTRACTANTE

La contractante s'engage :

- à déclarer à l'assureur chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de maintien des garanties à la date de la cessation de son contrat de travail et la durée maximale de ce maintien ;

En cas de non respect de cette obligation dans un délai de 20 jours suivant la date de cessation du contrat de travail, le maintien des garanties n'est pas accordé par l'assureur.

- à inscrire les intéressés, postérieurement à la déclaration initiale prévue ci-dessus, sur les avis trimestriels d'échéance de cotisation et les bordereaux d'ajustement annuels qu'elle doit fournir à l'assureur pour la gestion du contrat, avec la mention "maintien ANI", l'indication de la date de cessation du contrat de travail et de la date théorique de la fin du maintien ;
- à payer les cotisations globales (part employeur et part salariale) dans les conditions prévues au paragraphe 6 ci-après ;
- à informer l'assureur, dès qu'elle en a connaissance, de la cessation du service à son ancien salarié des allocations prévues par le régime de l'assurance chômage, notamment en lui transmettant l'information que lui a délivrée l'intéressé ;
- à remettre à l'ensemble des affiliés, la notice d'information établie par l'assureur relative aux conditions générales et particulières du contrat.

Elle s'engage également à informer par écrit, les bénéficiaires de l'accord ci-dessus, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

La preuve de la remise de ces documents incombe à la contractante.

3. PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

La prise d'effet du maintien des garanties est fixée à la date de cessation du contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à celle du dernier contrat de travail conclu avec la contractante, appréciée en nombre de mois entiers. **La durée de ce maintien ne peut toutefois excéder 9 mois.**

4. CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période indiquée au paragraphe 3 ci-dessus,
- dès que l'affilié retrouve un emploi même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise d'activité,
- si la cotisation concernant l'affilié cesse d'être versée ou si l'intéressé cesse de figurer sur les avis trimestriels d'échéance de cotisation et les bordereaux d'ajustement annuels que la contractante doit fournir à l'assureur pour la gestion du régime,
- si l'affilié est radié des listes des bénéficiaires du régime de l'assurance chômage, à la date à laquelle l'intéressé cesse de bénéficier du régime de l'assurance chômage.

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause :

- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime social de base, y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de résiliation du contrat collectif. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel. Dans ce cas, tout affilié en faisant la demande pourra souscrire l'un des contrats proposés à titre individuel par l'assureur aux conditions normales d'admission et aux tarifs en vigueur.

5. BASE DES PRESTATIONS - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de sinistre intervenant au cours de la période de maintien des garanties, les prestations contractuellement assurées sont calculées sur le

salaires de base défini au contrat déterminé à la date de rupture du contrat de travail.

Les sommes perçues par l'affilié en raison de son départ, quelle que soit leur qualification juridique, sont toujours exclues de la base de calcul des prestations.

Lorsque les allocations chômage sont suspendues au profit du versement d'indemnités journalières pour incapacité de travail due à une maladie ou un accident, le cumul des prestations versées par le régime social de base et l'assureur ne peut excéder le montant des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

En outre, il est précisé que l'indemnisation complémentaire par l'assureur sera effectuée sous déduction des droits qu'aurait eus l'intéressé au titre du régime légal ou conventionnel de mensualisation.

Par ailleurs, lors de la demande de règlement d'une prestation, l'affilié, ou les bénéficiaires, doit(vent) transmettre à l'assureur, outre les documents prévus au contrat nécessaires au règlement du sinistre, la justification de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage à la date dudit sinistre (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe) et le cas échéant, celle des indemnités journalières qui lui sont versées par le régime social de base.

A défaut de production de ce justificatif, l'assureur ne prendra pas en charge la prestation.

6. COTISATIONS

La cotisation afférente au maintien des garanties pour chaque bénéficiaire est calculée sur la rémunération de base définie au contrat déterminée à la date de cessation du contrat de travail.

Les sommes perçues par l'affilié en raison de son départ, quelle que soit leur qualification juridique, sont toujours exclues de la base de calcul des cotisations.

Les taux de cotisation applicables sont identiques à ceux contractuellement prévus pour les affiliés en activité chez la contractante.

La cotisation (parts employeur et salarié) est payable par la contractante, à l'assureur, dans les conditions du contrat.



Barème d'invalidité de la garantie accident corporel

I. INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE

Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %
Perte complète de la vision des deux yeux	100 %
Paralysie complète résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %
Perte totale de l'usage de deux membres	100 %

II. INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Crâne et rachis

Perte totale de la vue d'un œil	25 %
Surdité complète et incurable résultant directement et exclusivement d'un accident	40 %
Surdité complète et incurable d'une oreille	10 %
Fracture de l'apophyse ondoïde de l'axis avec déplacement : maximum selon raideur	30 %
Fracture prononcée ou luxation de la colonne vertébrale avec raideur rachidienne importante, signes d'irritation radiculo-médullaire, déviation cliniquement prononcée d'origine traumatique	25 %
Perte de dents sans prothèse possible :	
• Incisives - canines	par dent : 0,60 %
• Prémolaires	par dent : 0,80 %
• Molaires	par dent : 1,00 %
Traumatisme crânien accompagné de perte de connaissance avec phénomènes postcommotionnels sans signes neurologiques objectifs : maximum	5 %

Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Amputation ou paralysie totale du membre supérieur	60 %	50 %
Amputation de l'avant-bras à l'articulation du coude	55 %	45 %
Perte totale de la main ou de l'usage de la main	50 %	40 %
Fracture non consolidée de l'humérus (bras ballant)	25 %	20 %
Fracture non consolidée de l'avant-bras (pseudarthrose lâche des deux os)	25 %	20 %
Perte totale des mouvements :		
• de l'épaule	25 %	20 %
• du coude	20* à 25** %	15* à 25** %
• du poignet	15* à 25** %	15* à 20** %
Perte totale du pouce	20 %	15 %
Perte totale de l'index	12 %	8 %
Perte totale du médus	8 %	6 %
Perte totale de 2 doigts autres que le pouce et l'index	15 %	10 %

Membres inférieurs

Amputation de la cuisse à l'articulation de la hanche ou paralysie totale du membre inférieur	60 %
Amputation de la jambe à l'articulation du genou	45 %
Amputation totale d'un pied, désarticulation tibio-tarsienne (Syme)	35 %
Fracture non consolidée de la cuisse (pseudarthrose du fémur) : maximum	35 %
Fracture non consolidée de la jambe (pseudarthrose des deux os) : maximum	35 %
Fracture non consolidée du péroné seul (pseudarthrose)	2 %
Perte totale des mouvements :	
• de la hanche	30* à 40** %
• du genou	20* à 30** %
• du cou-de-pied	10* à 15** %
Amputation du gros orteil	5 %
Amputation d'un autre orteil	1 %

Si l'affilié est gaucher et sous réserve qu'il en fasse la déclaration à l'assureur, les taux prévus pour les différentes invalidités du membre supérieur droit s'appliqueront au gauche et vice-versa.

* En position favorable.

** En position très défavorable.

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 413 036 043 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

Assuré d'avancer



gan-eurocourtage.fr