

CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA NOTICE D'INFORMATION

Prévoyance



Sommaire des Conditions Générales

Titre I	Dispositions générales	4
Article 1	Référence légale - Prescription	4
Article 2	Objet du contrat	4
Article 3	Définitions	4
Article 4	Durée – Reconduction – Résiliation – Modification – Révision du contrat	6
Article 5	Affiliation	7
Article 6	Prise d'effet de l'affiliation et des garanties	8
Article 7	Cessation de l'affiliation et des garanties – Déchéance des garanties – Fausse déclaration – Recours subrogatoire	9
Article 8	Obligations de votre entreprise	9
Article 9	Réclamation – Médiation	9
Article 10	Protection des données personnelles – Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10
Article 11	Cotisation	12
Article 12	Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail	12
Article 13	Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat	13
Titre II	Garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive	14
Article 14	Garantie en cas de décès de l'affilié	14
Article 15	Garantie Rente d'éducation	15
Article 16	Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident	16
Article 17	Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié	17
Article 18	Garantie Allocation d'obsèques	18
Article 19	Garanties en cas de décès du conjoint ou partenaire de l'affilié	18
Titre III	Garanties en cas d'arrêt de travail	21
Article 20	Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié	21
Titre IV	Rente de conjoint	24
Titre V	Revalorisation	25
Article 21	Revalorisation	25
Titre VI	Dispositions particulières	26
Annexe 1	• Salarié dont le contrat de travail est suspendu ; • ou Salarié travaillant à temps partiel pour raison de santé ; • ou ancien salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de la portabilité au titre d'un précédent contrat d'assurance (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) ; à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable	26
Annexe 2	Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)	29
Annexe 3	Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation	31

Titre I Dispositions générales

La notice d'information du contrat souscrit par votre entreprise est constituée des présentes conditions générales et de leurs annexes ainsi que des conditions particulières annexées.

Article 1. Référence légale - Prescription

1) RÉFÉRENCE LÉGALE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire auquel vous êtes affilié est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Les déclarations de votre entreprise, les vôtres et, le cas échéant, celles de votre conjoint ou partenaire, servent de base à l'application des garanties.

2) PRESCRIPTION

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé) jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si

l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, que nous adressons à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et que l'assuré nous adresse en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre.

Aux termes de l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les dues au titre des contrats d'assurance sur la vie n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix (10) ans à compter de la date de notre prise de connaissance du décès de l'assuré. Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt.

Article 2. Objet du contrat

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

Les garanties souscrites par votre entreprise et le montant des prestations correspondantes, qui s'appliquent à l'ensemble du personnel affiliable, figurent aux conditions particulières de la notice d'information annexées ci-après dénommées « conditions particulières ».

Article 3. Définitions

ACCIDENT : par le mot « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part ou de celle du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à vous-même, en application de l'article 1353 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

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 vous soyez passager ou même conducteur dudit véhicule ou que vous vous trouviez hors de celui-ci. La garantie s'applique également lorsque vous êtes passager d'un moyen de transport aérien.

ACTE SOUS SIGNATURE PRIVÉE : un acte sous signature privée 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 signature privée peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

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

AFFILIÉ : vous-même en tant que membre du personnel salarié ou ancien salarié de votre entreprise appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières et répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 5.

AGIRC-ARRCO : régime unifié de retraite complémentaire obligatoire des salariés cadres et non-cadres du secteur privé. Le régime AGIRC-ARRCO résulte de la fusion, au 1er janvier 2019, de l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) avec l'ARRCO (Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés).

ASCENDANTS : s'ils sont pris en compte au titre du contrat, sur mention aux conditions particulières, sont considérés comme ascendants à charge :

- les ascendants à votre charge au sens du Code général des impôts (c'est-à-dire entrant en considération pour la détermination du nombre de parts pour le calcul de l'impôt sur le revenu). Ces ascendants sont dénommés aux conditions particulières « ascendants à charge au sens fiscal » ;

ou

- vos ascendants vivant sous votre toit et se consacrant exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze (14) ans à votre charge. Ces ascendants sont dénommés aux conditions particulières « ascendants vivant sous le toit de l'affilié »

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.

Pour l'application des garanties concernées, tous documents attestant du concubinage, de sa durée minimale éventuellement exigée au titre du contrat, du domicile commun et du fait que l'affilié et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature devront nous être fournis.

La preuve de la durée minimale du concubinage éventuellement exigée au titre du contrat devra nous être apportée au moyen d'un certificat de vie commune, de concubinage ou de vie maritale délivré par la mairie du domicile commun, à défaut par témoignages corroborés d'une déclaration sur l'honneur signée par le concubin.

La preuve de l'existence du domicile commun est rapportée par le concubin en produisant toutes pièces libellées au nom des deux concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif datées de moins de trois (3) mois et faisant mention du domicile telles que contrat de bail, factures, relevé bancaire, avis d'imposition.

CONCUBIN : lorsqu'il est pris en compte au titre d'une garantie, sur mention aux conditions particulières, le concubin répond à la définition suivante :

Personne vivant en concubinage avec vous, dans la mesure où vous partagez le même domicile que votre concubin et que chacun de vous est libre de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun d'entre vous est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS).

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente est pris en considération. À défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, est retenu.

CONJOINT : personne mariée avec vous non divorcée ni séparée de corps judiciairement.

ENFANTS À CHARGE : lorsqu'ils sont pris en compte au titre d'une garantie, sur mention aux conditions particulières, sont considérés comme enfants à charge, vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin :

1. âgés de moins de vingt-et-un (21) ans,
 - sans condition s'il s'agit de vos enfants,

- à la charge de votre foyer fiscal en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice, s'il s'agit d'enfants de votre conjoint, partenaire ou concubin,

2. âgés de moins de vingt-six (26) ans, qui justifient, au titre de l'année concernée, par tout moyen probant (certificat de scolarité ou carte d'étudiant en cours de validité ou copie du contrat d'apprentissage) de la poursuite de leurs études ou d'un contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail et sont à la charge de votre foyer fiscal en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.
3. handicapés, quel que soit leur âge, s'ils ne peuvent se livrer à aucune activité professionnelle et perçoivent 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 trois cents (300) jours après votre décès sont pris en considération.

Il est précisé qu'au titre de la garantie Double Effet (article 19-B), en cas de décès de votre conjoint ou partenaire survenant après votre décès, les enfants doivent être à la charge du foyer fiscal de votre conjoint ou partenaire 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.

ENTREPRISE (VOTRE ENTREPRISE) : personne morale ou chef d'entreprise qui souscrit le contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE : équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L. 100 du Code des postes et communications électroniques.

FRANCHISE : nombre de jours pendant lesquels nous n'intervenons pas en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.

Pour la détermination de la franchise, les périodes de travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique indemnisées par la Sécurité sociale sont prises en compte.

La franchise retenue est précisée aux conditions particulières.

HOSPITALISATION : Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) y compris établissement de rééducation fonctionnelle, en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Le terme « hospitalisation » au titre du présent contrat ne recouvre pas, sauf mention contraire, l'hospitalisation ambulatoire et l'hospitalisation à domicile.

HOSPITALISATION À DOMICILE « HAD » : Alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient

HOSPITALISATION AMBULATOIRE : Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : hospitalisation de jour

INTÉRÊTS : VERSEMENT D'INTÉRÊTS À COMPTER DE LA DATE DU DÉCÈS

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L.132-23-1 du Code des assurances, les prestations dues en cas de décès, **à l'exclusion des éventuelles prestations supplémentaires liées à son caractère accidentel**, sont revalorisées de plein droit dans les conditions suivantes :

- lorsque la prestation est versée en capital : le capital garanti en cas de décès produit intérêt à compter de la date du décès ;
- lorsque la prestation est versée sous forme de rente : chaque arrérage de rente devenu exigible produit intérêt à compter de la date de son exigibilité.

Cet intérêt, net de frais, est fixé pour chaque année civile, au taux minimum défini par la réglementation soit, à la date de souscription du présent contrat, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Il est toutefois précisé que lorsque, entre la date du décès et celle à laquelle il est porté à notre connaissance, la revalorisation contractuelle de la rente aura entraîné une majoration de celle-ci, l'application de cette revalorisation se substituera pour la même période au paiement de l'intérêt défini ci-dessus.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement ou, le cas échéant, à la date de dépôt de ce capital ou de ces arrérages à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

MALADIE : toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

NOUS : Groupama Gan Vie, assureur des garanties du contrat.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ – PACS : un pacte civil de solidarité 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).

Le PACS devra être justifié, le cas échéant, par un extrait de votre acte de naissance avec mentions marginales ou si votre partenaire est né dans un pays étranger, par une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le service central d'état civil - Section PACS.

PARTENAIRE : personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS.

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.

SALAIRE DE BASE (ou base de calcul des prestations) : Le montant des prestations est déterminé en tenant compte du salaire de base qui nous est déclaré par votre employeur.

Ce salaire doit correspondre à la « rémunération » de base (base de calcul de la cotisation), telle qu'elle est définie au contrat.

Ce salaire retenu par votre employeur est formalisé aux conditions particulières.

Il est divisé par tranche de la façon suivante :

- Tranche A : fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 3 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche C : fraction de la rémunération supérieure à 4 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 4 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les conditions particulières peuvent également prévoir le calcul des prestations en fonction des tranches 1 et 2 telles que définies ci-après.

- Tranche 1 : fraction de la rémunération limitée au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche 2 : fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 7 fois le montant du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Votre employeur peut décider de ne soumettre à cotisations qu'une ou plusieurs tranches définies ci-dessus, la ou les tranches retenues sont indiquées aux conditions particulières.

Dans tous les cas, l'assiette retenue pour le calcul des prestations est identique à celle retenue pour le calcul des cotisations.

Cette base de calcul des prestations est égale à la base de calcul des cotisations relative à la période de référence de douze (12) mois précédant le mois au cours duquel est survenu l'évènement ouvrant droit à la prestation, soit :

- le décès pour les garanties décès ;
- l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident pour les garanties invalidité absolue et définitive et les garanties arrêt de travail.

Elle est reconstituée dans les cas suivants :

- si à la date du décès ou de l'arrêt de travail, la durée de l'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence de douze (12) mois : la base de calcul des prestations est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée sur une base annuelle, à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, auxquels s'ajoutent les indemnités et revenus de remplacement versés par votre employeur en cas de suspension du contrat de travail, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.
- si la rémunération a été réduite ou supprimée pendant la période de référence de douze (12) mois en raison d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident : la base de calcul des prestations est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée sur une base annuelle, à partir de la moyenne des salaires bruts qui auraient été perçus ou exigibles en l'absence de cet arrêt de travail, auxquels s'ajoutent les indemnités et revenus de remplacement versés par votre employeur en cas de suspension du contrat de travail.

Les modalités de calcul des prestations en cas de suspension du contrat de travail au moment de la réalisation de l'évènement ouvrant droit à la prestation sont définies à l'annexe 3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation ».

Lorsque votre contrat de travail est rompu ou lorsque vous êtes classé par votre régime social de base parmi les invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, le calcul des prestations est effectué en fonction de la rémunération de base nette à la date d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. La rémunération de base nette est égale à la rémunération de base brute déduction faite des cotisations sociales à votre charge.

En ce qui concerne la garantie Allocation d'obsèques (article 18), la prestation peut toutefois être déterminée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale selon les dispositions prévues aux conditions particulières.

VOUS : l'affilié tel que défini ci-dessus.

Article 4. Durée - Reconduction - Résiliation - Modification - Révision du contrat

1) DURÉE - RECONDUCTION - RÉILIATION

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

Il est reconduit tacitement le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un (1) an, sauf dénonciation, par nous-même ou votre entreprise notifiée deux (2) mois au moins avant chaque date de reconduction.

Le contrat peut également prendre fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues :

- en cas de refus de la modification que nous proposons (article 4.2),
- en cas de refus de la proposition d'évolution des cotisations ou des garanties motivée par les résultats des formalités médicales remettant en cause les conditions d'équilibre du contrat (article 5),

- en cas de refus d'une révision de la cotisation (article 11-3 et article 20),

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'assureur :

- en cas de défaut d'affiliation et de maintien au contrat de l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie bénéficiaire prévue au contrat (article 8-2),
- en cas de non-paiement des cotisations par la contractante.

2) MODIFICATION ET RÉVISION DU CONTRAT

Les dispositions du contrat peuvent être modifiées par votre entreprise ou par nous, par voie d'avenant au contrat.

- Nous nous réservons la possibilité de modifier le contrat à effet du 1^{er} janvier d'un exercice en informant votre entreprise des modifications avant le 1^{er} octobre de l'exercice précédent.

Votre entreprise conserve la possibilité de résilier le contrat en notifiant sa demande deux (2) mois au moins avant la date d'effet de l'exercice.

- Modifications législatives et réglementaires

Les dispositions du contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet de celui-ci, notamment du Code des assurances et du Code général des impôts.

Si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, nous procéderons à une révision du contrat à effet du 1^{er} janvier de l'exercice suivant l'entrée en vigueur des modifications législatives et réglementaires, en informant votre entreprise avant le 1^{er} octobre de l'exercice au cours duquel les modifications sont entrées en vigueur.

Votre entreprise conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les trente jours (30) suivant la notification par nos soins de la modification, la résiliation du contrat sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure. Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Article 5. Affiliation

1) CONDITIONS D'AFFILIATION

1.1) Affiliation du personnel

Doivent être inscrits au contrat :

- tous les membres du personnel salarié de votre entreprise dont le contrat de travail est en cours, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'une indemnisation ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, et ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite,
- ainsi que les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance,

qui appartiennent à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous réserve d'éventuelles dispenses d'affiliation admises par la réglementation en vigueur et prévues par l'acte instituant le régime de prévoyance (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) qui nous sont déclarées par votre entreprise. Chaque affilié doit remplir un bulletin individuel d'affiliation du modèle que nous fournissons et accomplir les formalités médicales que nous exigeons.

Cas particuliers d'affiliation

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues :

- par l'annexe 1 aux présentes conditions générales si, à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable :
 - votre contrat de travail est suspendu quelle qu'en soit la cause,

- vous exercez votre activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- vous bénéficiez en qualité d'ancien salarié d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance, et êtes en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.

- par l'annexe 2 aux présentes conditions générales, si à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable, vous bénéficiez du maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Toute autre personne dont le contrat de travail a été rompu avant la date d'effet du contrat n'est pas affiliable.

1.2) Inscription du conjoint ou partenaire à la garantie Décès du conjoint ou partenaire antérieur à celui de l'affilié (Article 19-A)

Pour bénéficier de la garantie Décès du conjoint ou partenaire antérieur au vôtre (Article 19-A) votre conjoint ou partenaire doit être inscrit au contrat et avoir donné son consentement à l'assurance à l'aide d'un bulletin d'affiliation et complété le questionnaire de santé.

2) FORMALITÉS MÉDICALES

Nous déterminons les conditions collectives d'assurance au vu de l'état de santé déclaré par chaque affiliable.

2.1) Dispositions communes à toutes les affiliations

Sauf stipulation contraire, les formalités médicales sont obligatoires pour chaque affiliable, tant à l'origine du contrat, qu'en cours de contrat pour les nouveaux affiliables y compris dans le cas 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, à notre demande, par une visite médicale passée auprès d'un médecin que nous avons agréé et/ou par des renseignements ou examens médicaux complémentaires.

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, nous nous réservons la possibilité de faire application des dispositions du paragraphe 2.2) ci-après.

2.2) 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, nous nous réservons la possibilité, soit :

- de résilier le contrat, la résiliation prenant effet à l'expiration d'un délai de dix (10) jours suivant l'envoi de la lettre recommandée informant votre entreprise 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 votre entreprise par lettre recommandée. Cette lettre stipulera que si votre entreprise ne donnait pas suite à notre proposition ou la refusait expressément, le contrat serait résilié à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de sa date d'envoi.

Si en cours de contrat, les facteurs d'aggravation du risque viennent à disparaître, votre entreprise peut demander un aménagement des garanties ou une baisse des cotisations. Si nous n'y consentons pas, votre entreprise peut dénoncer le contrat. La résiliation prend effet trente (30) jours après la date d'expédition ou de remise de la notification à l'assureur.

Si par suite de la carence de certains affiliables dans l'accomplissement des formalités médicales, nous ne pouvions apprécier les nouvelles conditions d'équilibre du contrat, nous adresserions à votre entreprise 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 trente (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 de tout affiliable sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de quinze (15) jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile que nous connaissons, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées dans cette lettre.

Dans tous les cas de résiliation prévus ci-dessus, nous rembourserons à votre entreprise, le cas échéant, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

2.3) Dispositions applicables au conjoint ou partenaire pour la garantie décès du conjoint ou partenaire antérieur à celui 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 votre 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 notre décision sur l'acceptation du risque.

À l'issue des formalités médicales applicables à votre conjoint ou partenaire, nous pouvons soit accepter le risque, soit refuser ou limiter notre garantie.

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

Article 6. Prise d'effet de l'affiliation et des garanties

1) PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

1.1) Affiliation à l'origine du contrat

Toute affiliation prend effet à la même date que le contrat, à la double condition que l'ensemble des affiliables :

- ait fourni son bulletin d'affiliation et intégralement accompli les formalités médicales que nous exigeons,
- ait été individuellement porté sur la liste nominative des salariés et anciens salariés fournie par votre entreprise 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,
- pour les anciens salariés bénéficiant de la portabilité : la durée résiduelle de portabilité, ainsi que la liste de ceux en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant de prestations dues et/ou versées par un précédent organisme assureur,
- 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, ou d'une indemnisation ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur,

- si l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- les affiliés en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant de prestations dues et/ou versées par un précédent organisme assureur au titre des garanties incapacité temporaire ou invalidité permanente.

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

1.2) Affiliation en cours de contrat

Toute nouvelle affiliation prend effet, pour la personne concernée, à la date de son entrée dans l'effectif affiliable, sous réserve que son bulletin d'affiliation et son questionnaire de santé dûment complétés nous soient adressés dans les quinze (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 notre accord et à compter de cette date.

Dans tous les cas, si une entrée dans le groupe assurable remet en cause les conditions d'équilibre du contrat que nous avons déterminées ou si nous ne pouvons déterminer ces nouvelles conditions du fait de la carence de cet affiliable, nous pourrions nous prévaloir des dispositions de l'article 5-2.2) ci-avant.

Il est toutefois précisé que nous serons réputés avoir renoncé à nous prévaloir des dispositions de ce même article si, à l'expiration d'un délai de trois (3) mois à compter de la réception du bulletin d'affiliation du nouvel entrant dans l'effectif affiliable, nous n'avons pas adressé à votre entreprise une des lettres recommandées prévues par ce même article.

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

1.3) Inscription de votre conjoint ou partenaire pour la garantie décès du conjoint ou partenaire antérieur à celui de l'affilié

L'inscription au contrat de votre conjoint ou partenaire prend effet après notre accord, selon le cas :

- à la date de votre affiliation au contrat si vous êtes marié ou avez conclu un PACS,
- à la date de votre mariage ou de la conclusion du PACS si elle est postérieure à celle de votre affiliation.

2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

Toutefois, des dispositions particulières sont prévues :

- par l'annexe 1 aux présentes conditions générales, si votre contrat de travail est suspendu ou, si vous exercez votre activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, à la date de votre affiliation,
- par l'annexe 2 aux présentes conditions générales, si en qualité d'ancien salarié, vous bénéficiez à la date de votre affiliation d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 7. Cessation de l'affiliation et des garanties- Déchéance des garanties - Fausse déclaration - Recours subrogatoire

1) CESSATION DE L’AFFILIATION

Sauf en cas d'application des dispositions prévues à l'article 12 relatives au maintien des garanties, votre affiliation au contrat prend fin :

- si la cotisation vous concernant n'est plus réglée (sous réserve des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances),
- si vous ne figurez plus dans les déclarations effectuées dans le cadre de la Déclaration sociale nominative (DSN) ou le cas échéant, sur le bordereau nominatif d'ajustement des cotisations fourni chaque année par votre entreprise,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières,
- en cas de suspension de votre contrat de travail, à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une indemnisation conformément à l'annexe 3 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation »,
- à la date de rupture ou cessation de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif,
ou au terme du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale), étant précisé que des dispositions particulières relatives à ce maintien sont prévues par l'annexe 2 « Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de la portabilité (article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale) » aux présentes conditions générales,
- 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, si vous en faites la demande, vous pourrez souscrire l'un des contrats que nous proposons à titre individuel aux conditions normales d'admission et aux tarifs en vigueur.

2) CESSATION DES GARANTIES

Vos garanties prennent fin à la date de cessation de votre affiliation dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus.

En tout état de cause, elles cessent 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 vous dépendez, y compris pour inaptitude au travail et au plus tard au terme fixé par l'article les concernant.

Toutefois, si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite, les garanties cessent en tout état de cause à la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec la retraite, quel qu'en soit le motif.

Les garanties cessent, en outre, dans les conditions prévues par l'article les concernant.

3) DÉCHÉANCE DES GARANTIES

Nous pourrions vous refuser le bénéfice des garanties et/ou le cas échéant aux autres personnes prises en compte au titre du contrat (conjoint, partenaire, ascendants et enfants à charge) dès lors que nous constatons vous ou ces derniers avez intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

4) FAUSSE DÉCLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation du contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation du contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

5) RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit que nous avons de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes que nous avons prises en charge.

Lorsque vous et/ou le cas échéant les autres personnes prises en compte au titre du contrat (conjoint, partenaire, ascendants et enfants à charge) sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous et/ou le cas échéant, les autres personnes prises en compte au titre du contrat (conjoint, partenaire, ascendants et enfants à charge) atteints de blessures imputables à un tiers doivent impérativement nous en informer lors de la demande de prestations.

Lorsque vous et/ou le cas échéant les autres personnes prises en compte au titre du contrat (conjoint, partenaire, ascendants et enfants à charge) sont victimes d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), ils doivent, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de leur assureur complémentaire prévoyance en tant que tiers payeur.

Le bénéficiaire des prestations nous donne subrogation dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Article 8. Obligations de votre entreprise

Votre entreprise doit vous informer par écrit de toute modification apportée à vos droits et obligations résultant du contrat.

En outre, elle doit nous communiquer toute pièce nécessaire à votre affiliation ou à l'exécution du contrat ainsi que les éléments nécessaires au règlement des prestations, tels qu'ils sont énumérés dans le texte spécifique à chaque garantie.

Article 9. Réclamation - Médiation

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation relative à votre contrat d'assurance, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au Service de la Relation Clientèle par téléphone ou par courrier au numéro et à l'adresse identifiés aux conditions particulières attachées aux présentes.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, vous êtes invité à nous écrire.

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit être apportée, par écrit, deux (2) mois au plus tard à compter de l'envoi de votre réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux (2) mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur son site internet ou par courrier, sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si vous le souhaitez, notre Service Réclamations est également à votre disposition via notre site Internet et par courrier aux adresses qui sont indiquées aux conditions particulières.

Article 10. Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

1) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les affiliés ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, les coordonnées des services et sites concernés étant indiqués aux conditions particulières.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur dont les coordonnées sont précisées dans les conditions particulières.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord des personnes affiliées. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects, et mettent en oeuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en oeuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en oeuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en oeuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme, ainsi que la mise en oeuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en oeuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées.

Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en oeuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

2) DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

2.1) Échanges dématérialisés avec la contractante et l'affilié

S'agissant des informations et documents relatifs au contrat, vous êtes informés que nous pouvons échanger de façon dématérialisée et notamment vous fournir ou mettre à votre disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via votre espace client sécurisé.

Par la communication de votre adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, vous reconnaissez que cette dématérialisation est adaptée à votre situation.

Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à la dématérialisation et nous demander, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à votre charge. Pour ce faire, vous pouvez nous adresser un courrier ou un courrier électronique ou nous appeler. Vous pouvez également faire votre choix à partir de votre espace client sécurisé.

Vous vous engagez à nous informer sans délai de toute modification de votre adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de votre situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de votre contrat.

2.2) Mise à disposition d'un espace client sécurisé

Nous pouvons mettre à votre disposition un espace client sécurisé vous permettant :

- de prendre connaissance d'informations et de documents que nous déposons.
Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) que nous fournissons sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que vous puissiez vous y reporter.
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de votre contrat.

2.2.1) Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe vous est communiqué de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par vos soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction de vous identifier permettant ainsi de garantir votre habilitation à consulter et à gérer votre contrat dans l'espace client.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité de votre code d'accès.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, vous devez nous en informer, afin qu'un nouveau mot de passe vous soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de votre responsabilité exclusive.

En cas de négligence de votre part, vous êtes seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de votre code d'accès confidentiel.

2.2.2) Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de votre code d'accès, vous devez prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de votre contrat et pour prendre connaissance des informations et documents que nous mettons à votre disposition.

2.3) Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par nos soins d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à votre attention ;
- à la mise à disposition par nos soins d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de votre contrat que vous avez effectuées dans votre espace client sécurisé.

Vous, en tant qu'affilié et nous-même, en qualité d'assureur, acceptons et reconnaissons mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans votre espace client sécurisé, après authentification au moyen de votre code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par vous-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que vous avez réalisées dans votre espace client sécu-

risé et conservées informatiquement par nos services vous seront opposables et auront valeur de preuve ;

- concernant les échanges dématérialisés entre la contractante, l'affilié et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans notre système d'information seront opposables à la contractante et l'affilié et auront valeur de preuve.

3) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme des dispositions des articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.

Article 11. Cotisation

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée au contrat pour l'ensemble des membres du personnel de votre entreprise affiliés au contrat.

Cette cotisation peut être révisée notamment en cas d'évolution des taxes ou contributions de nature fiscale ou sociale, ou de la réglementation, applicables au contrat, ou en fonction de résultats techniques enregistrés.

Article 12. Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

1) EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

Si vous êtes en arrêt total de travail consécutivement 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 votre entreprise** : à compter du 31^e jour d'arrêt total et continu de travail.

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail, si nous vous reconnaissons en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20 « Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié », sous réserve que vous perceviez à ce titre des prestations du régime social de base :

- **si les garanties en cas d'arrêt de travail sont souscrites par votre entreprise** : 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 vous reprenez votre activité à temps partiel pour raison de santé, l'exonération de cotisation est partielle et la cotisation complémentaire est due par votre entreprise sur le salaire qu'elle vous verse au titre de votre 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, si votre contrat de travail est suspendu pour cause de maladie ou d'accident ou si vous exercez une activité à temps partiel pour raison de santé, à la date de votre affiliation au contrat.

2) MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Si vous êtes en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident, vous continuez à bénéficier des garanties souscrites par votre entreprise en

cas de décès et d'invalidité absolue et définitive, dans les conditions du contrat :

- **sous réserve que les cotisations continuent à nous être versées**, sur la base du salaire en vigueur à la date de suspension de votre contrat de travail, tant que vous ne bénéficiez pas des dispositions relatives à l'exonération du paiement de la cotisation du paragraphe 1) ci-dessus ;
- **sans contrepartie de cotisation**, dès la date d'application des dispositions précitées du paragraphe 1).

Le maintien des garanties est accordé tant que nous vous reconnaissons en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20 « Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié ».

Il cesse en tout état de cause à la date à laquelle vous cessez de percevoir des prestations en espèce au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Invalidité du régime social de base.

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

Il cesse, en outre, à la date de liquidation de votre pension de l'assurance vieillesse du régime social de base (y compris pour inaptitude au travail).

Si vous bénéficiez des dispositions légales applicables en cas de cumul Emploi/Retraite, le maintien de garanties cesse en tout état de cause à la date de rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite, quel qu'en soit le motif.

S'agissant du risque Accident du travail et maladie d'origine professionnelle, le maintien cesse en tout état de cause à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation de votre pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Article 13. Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat

1) RÉSILIATION AVEC POURSUITE DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE AUPRÈS D'UN NOUVEL ORGANISME ASSUREUR

1.1) 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 votre tête (articles 14, 15, 16, 17, 18 et titre IV) accordé au titre de l'article 12 « Exonération du paiement de la cotisation - Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail » 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.

Les garanties décès et invalidité absolue et définitive maintenues au titre de l'alinéa précédent sont accordées sous réserve du service effectif et continu aux affiliés concernés des prestations pour incapacité temporaire ou invalidité permanente depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive.

À défaut, la preuve que l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20, depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, devra nous être apportée.

1.2) Lorsque la garantie en cas d'arrêt de travail définie à l'article 20 n'a pas été souscrite au titre du 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 votre tête tel que prévu au paragraphe 1.1) ci-dessus est subordonné à la preuve d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail auprès d'un organisme assureur en cours 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.

Les garanties décès et invalidité absolue et définitive maintenues au titre de l'alinéa précédent sont accordées sous réserve du service effectif et continu aux affiliés concernés de prestations pour incapacité temporaire ou invalidité permanente depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive.

À défaut, la preuve que l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20 « Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié », depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, devra nous être apportée.

2) RÉSILIATION SANS POURSUITE DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE AUPRÈS D'UN NOUVEL ORGANISME ASSUREUR

En l'absence de nouvel organisme assureur et notamment lorsque la résiliation ou le terme du contrat a pour origine la disparition de votre entreprise (par suite notamment de redressement judiciaire, liquidation judiciaire ou cessation d'activité), nous poursuivons le service des indemnités journalières et des rentes ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur votre tête (articles 14, 15, 16, 17, 18 et titre IV) accordé au titre de l'article 12 à la date de résiliation, dans les conditions du contrat, ainsi que leur revalorisation ultérieure.

3) DISPOSITIONS COMMUNES

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

Le maintien des garanties prévu aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus cesse dans les conditions de l'article 7 et au plus tard à la date de liquidation de votre pension de l'assurance vieillesse du régime social de base, 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) cessent en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

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

PRÉAMBULE

LIMITES DES CAPITAUX EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Le montant maximum des sommes garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, reposant sur votre tête, est en tout état de cause limité à 4 000 000 €, au titre de l'ensemble des contrats collectifs souscrits par votre entreprise.

Pour la détermination de cette limite, il est tenu compte du montant des capitaux constitutifs des garanties exprimées sous forme de rentes, ceux-ci étant déterminés en application du barème réglementaire des rentes viagères et/ou temporaires en vigueur au jour de leur liquidation (tables de mortalité et taux technique maximum admis par la réglementation).

En cas de dépassement de cette limite, l'excédent sera déduit des prestations dues au titre de la garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident (article 16).

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

RAPPEL : Votre entreprise a retenu les garanties dont la nature et le montant sont indiqués aux conditions particulières

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s), si vous décédez, **une prestation** dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

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

La prestation due est majorée d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » de l'article 3.

2) CAPITAL D'URGENCE

Cette garantie est accordée sur mention spécifique aux conditions particulières.

Si vous comptez 12 mois d'affiliation à la date de votre décès, le bénéficiaire désigné peut demander le versement d'une avance sur le capital décès dans les conditions suivantes :

- ce choix est effectué par le bénéficiaire du capital décès tel que défini au paragraphe 5.1) ci-après, sous réserve que ce bénéficiaire soit :
 - unique,
 - et majeur.
- le bénéficiaire recevra ensuite le solde du capital décès dans les conditions exposées ci-après.

Le montant du capital versé par avance est indiqué aux conditions particulières.

3) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 7.

4) RISQUES EXCLUS

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 contrat dès lorsque 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.**

5) ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

5.1) Attribution du capital

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à vos autres héritiers.

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, vous devez désigner le ou les bénéficiaires de votre choix et nous en faire la déclaration.

Il est rappelé que lorsque le concubin n'est pas prévu dans la clause bénéficiaire type, l'affilié qui souhaite que le capital garanti soit attribué à son concubin tel que défini aux présentes conditions générales, devra le désigner dans une désignation particulière.

Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous signature privée ou d'un acte authentique.

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

Il est précisé que nous mettons à votre disposition un imprimé intitulé « Désignation de bénéficiaire » comportant des recommandations utiles à l'attribution du bénéfice de l'assurance décès lors de votre affiliation ou en cas de changement de désignation ultérieure.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à notre connaissance nous est inopposable.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).

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

Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de nous, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous signature privée signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation ne nous est opposable que lorsqu'elle nous 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.

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

5.2) 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 de votre décès.

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 parent survivant, à condition que ce parent soit désigné pour bénéficier de tout ou partie du capital garanti. Dans le cas contraire, elle revient à l'enfant lui-même.

6) PAIEMENT DE LA PRESTATION

6.1) Formalités à accomplir

a) Dispositions générales

Le décès doit être déclaré par votre entreprise ou par vos ayants droit le plus rapidement possible en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, qui comprennent notamment :

- une déclaration de votre entreprise attestant que vous faisiez partie de son personnel lors de la survenance de votre décès (ou de l'arrêt de travail le précédant) et indiquant le montant de votre salaire de base tel qu'il est défini à l'article 3,
- tout justificatif de ce montant que nous réclamons (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale),
- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical à transmettre à notre médecin conseil, sous pli confidentiel, indiquant la date de votre 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 complémentaire permettant l'attribution des prestations :
 - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille et/ou un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire, un acte de notoriété et si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
 - éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille,
 - les coordonnées bancaires nécessaires au règlement.

Nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation, notamment en cas de décès survenu à l'étranger.

b) Dispositions relatives à l'avance sur le capital décès (capital d'urgence)

Les pièces nécessaires au règlement de l'avance sur le capital décès sont les suivantes :

- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- une photocopie intégrale du livret de famille,
- la preuve du PACS, le cas échéant,
- une photocopie recto / verso de la carte d'identité du bénéficiaire,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire (pour un virement) ou les coordonnées du bénéficiaire (pour un paiement par chèque).

Le cas échéant, nous nous réservons le droit de demander toute pièce complémentaire permettant de justifier que le bénéficiaire est unique.

6.2) Paiement de la prestation

a) Capital décès

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans le mois suivant la date à laquelle nous réceptionnons les pièces justificatives.

En cas de pluralité de bénéficiaires :

- Le capital est partagé en fonction de la répartition que vous avez éventuellement indiquée 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 notre égard et nous réglons sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

b) Dispositions relatives à l'avance sur le capital décès (capital d'urgence)

Le virement bancaire est émis dans un délai de six (6) jours ouvrés (définis comme six (6) jours effectivement travaillés dans notre entreprise) à compter de la réception des pièces justificatives que nous avons demandées.

Article 15. Garantie Rente d'éducation

1) AFFILIÉ AVEC ENFANT(S) À CHARGE

1.1) Définition de la garantie

Si vous décédez ou, sur mention aux conditions particulières, êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17 « Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié », nous versons à chacun des enfants à charge définis à l'article 3 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 de votre décès ou à la date d'exigibilité de la prestation invalidité absolue et définitive. Il progresse ensuite, en fonction de l'âge de l'enfant. Le changement de taux s'effectue au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge fixé aux conditions particulières.

Le montant annuel de la rente précisé aux conditions particulières est fixé en pourcentage de votre salaire de base tel que défini à l'article 3.

Le décès survenant après la reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive ne modifie pas la rente.

1.2) RISQUES EXCLUS

Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 14.4) et 17.2) selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive

1.3) Modalités de paiement des rentes

a) Formalités à accomplir

Les pièces justificatives nécessaires au paiement des rentes d'éducation sont celles énumérées à l'article 14 et 17 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

En outre, les enfants âgés de plus de vingt-et-un (21) ans appelés à bénéficier de la rente d'éducation doivent justifier être à charge au sens de l'article 3.

Nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

b) 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 de votre décès (ou de votre reconnaissance en invalidité absolue et définitive) et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son vingt-et-unième (21^{ème}) anniversaire. À cette date, son service est poursuivi, à condition que l'intéressé soit étudiant, apprenti ou handicapé (ou qu'il le devienne pendant la durée de ses études ou de son apprentissage).

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

Elle est servie tant que l'enfant :

- justifie de la poursuite de ses études 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 vingt-sixième (26^{ème}) 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 en cas de décès,
 - à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive,
- dès la majorité légale de l'enfant, à lui-même.

La prestation due est majorée d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » de l'article 3.

2) AFFILIÉ SANS ENFANT À CHARGE

Sur mention spécifique aux conditions particulières, la prestation suivante est garantie.

2.1) Définition de la garantie

Si vous n'avez pas d'enfant à charge susceptible de bénéficier de la rente visée au paragraphe 1), la garantie a pour objet le versement si vous décédez ou êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive d'un **capital** dont le montant est fixé aux conditions particulières, en pourcentage de votre salaire de base tel que défini à l'article 3.

2.2) RISQUES EXCLUS

Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 14.4) et 17.2) selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

2.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre et paiement des prestations

Les formalités sont celles définies aux articles 14 et 17 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Le règlement du capital est effectué aux mêmes conditions que celles prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

3) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 7 « Cessation de l'affiliation et des garanties - Déchéance des garanties - Fausse déclaration - Recours subrogatoire ».

Article 16. Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser **une prestation** :

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) à l'article 14.5), si vous décédez consécutivement à un accident.

ou

- sur mention aux conditions particulières, à vous-même, si en raison d'un accident, vous êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17 « Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié ».

Le montant de ce capital est indiqué aux conditions particulières.

La garantie s'applique, à condition que le décès ou l'invalidité absolue et définitive survienne, au plus tard, douze (12) mois après l'accident.

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

2) RISQUES EXCLUS

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

- **maladie, même d'origine accidentelle ;**
- **accident que vous causez intentionnellement 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 votre état d'imprégnation alcoolique définie par l'existence d'une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ;**
- **accident occasionné par une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active sauf si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre entreprise ;**
- **accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français ;**
- **accident occasionné par la pratique :**

1. des sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivières de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,

2. d'un sport dans un but lucratif, quand sa rémunération repose sur son exercice en compétition, sous quelque forme et à quelque niveau que ce soit,

3. des sports "de montagne" : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning,

4. des sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,

5. des sports nautiques : plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 20 m de profondeur, surf en compétition, hydro speed,

6. des sports de défense et de combat en compétition.

3) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

3.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les formalités sont celles définies à l'article 14 ou 17 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

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

3.2) Attribution du bénéfice de la prestation

Le capital est versé dans les conditions définies aux articles 14 et 17 pour les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive de l'affilié.

4) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 7 « Cessation de l'affiliation et des garanties - Déchéance des garanties - Fausse déclaration - Recours subrogatoire »

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si vous êtes, consécutivement à une maladie ou à un accident, atteint d'une invalidité vous 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 (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), nous vous reconnaissons en état d'invalidité absolue et définitive.

L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par notre médecin conseil indépendamment des décisions de votre régime social de base.

Nous vous versons alors, **une prestation identique à celle prévue au titre des articles 14 « Garantie en cas de décès de l'affilié » et éventuellement 15 « Garantie Rente d'éducation » et de l'article 16 « Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident »** selon mention spécifique aux conditions particulières, **si ces garanties sont souscrites et mises en jeu.**

Le salaire de base est déterminé à la date de votre arrêt du travail et éventuellement revalorisé en application des dispositions de l'article 21 « Revalorisation »

Votre situation de famille est, le cas échéant, appréciée à la date d'exigibilité de la prestation, à savoir six (6) mois après la date de notre reconnaissance de votre 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 en ce qui vous concerne :

- à la garantie prévue en cas de décès au titre de l'article 14 « Garantie en cas de décès de l'affilié »,
- et à celle prévue à l'article 16 « Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident », si cette garantie est souscrite.

En cas de décès survenant après la reconnaissance en invalidité absolue et définitive, la garantie Rente d'éducation reste applicable dans les conditions prévues à l'article 15 « Garantie Rente d'éducation ».

2) RISQUES EXCLUS

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

- *accident ou maladie que vous causez intentionnellement 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 une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active sauf si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre entreprise ;*
- *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 dans les cas suivants :

- *accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique 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'empire d'un état alcoolique,*
- *accident occasionné par la pratique des sports énumérés aux 1, 2, 3, 4, 5 et 6 de l'article 16.2).*

3) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

3.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive vous incombe et vous êtes tenu de nous en apporter la preuve par l'intermédiaire de votre entreprise au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- une déclaration de votre entreprise attestant que vous faisiez 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 3 ;
- un certificat détaillé de votre médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre à notre médecin conseil, 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 une photocopie intégrale du livret de famille, ou si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
- 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.

Nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

Lorsque l'invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident, il vous appartient également pour que la garantie prévue à l'article 16 « Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive ».

De l'affilié consécutif à un accident soit accordée, en application de l'article 1353 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.

3.2) Reconnaissance et contrôle de l'état d'invalidité absolue et définitive

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, nous nous réservons le droit de nous 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.

À cet effet, nos médecins, agents ou délégués doivent pouvoir se rendre auprès de vous et vous vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état.

Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux demandés, nous sommes autorisés à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.

En cas de désaccord entre votre médecin et le nôtre portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, nous pourrions choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix la désignation sera faite par le Tribunal judiciaire de votre domicile. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous et nous.

3.3) Date d'exigibilité et règlement de la prestation

La prestation garantie, payable à vous-même, est exigible six (6) mois après la date de notre reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

Si vous décédez avant le versement de la prestation, la prestation prévue en cas de décès sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 14.5 « ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS ».

La rente d'éducation est versée, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article 15 « Garantie Rente d'éducation ».

4) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 7.

Article 18. Garantie Allocation d'obsèques

1) 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, éventuellement limité selon les dispositions du paragraphe 2.2) ci-dessous, sont indiqués aux conditions particulières.

Aucun risque n'est exclu pour l'application de la garantie Allocation d'obsèques.

2) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

2.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Votre entreprise doit déclarer le décès le plus rapidement possible en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- une déclaration attestant que vous faisiez partie de son personnel à la date du décès ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment, si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

Nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

2.2) Mode de règlement de l'allocation

L'allocation garantie est versée :

- si vous décédez : à votre conjoint ou partenaire, à défaut et dans la limite des frais réellement engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques,
- en cas de décès de votre conjoint ou partenaire ou d'un enfant : à vous-même ;
- en cas de décès simultanés des personnes garanties et de vous-même : dans la limite des frais d'obsèques réellement engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

3) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin à la date de cessation de l'affiliation prévue à l'article 7 et en tout état de cause :

- pour votre conjoint : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive et en tout état de cause, le jour de son 65^{ème} anniversaire,
- pour votre partenaire : à la date de rupture du PACS et en tout état de cause, le jour de son 65^{ème} anniversaire,
- pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à votre charge au sens de l'article 3.

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

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

1) AFFILIÉ AVEC CONJOINT OU PARTENAIRE

1.1) Définition de la garantie

En cas de décès de votre conjoint ou partenaire, inscrit au contrat, survenant avant l'âge de soixante-cinq (65) ans, et à condition que vous soyez vivant lors de la survenance de cet événement, nous versons un **capital**.

À ce capital peut s'ajouter, sur mention spécifique aux conditions particulières, le versement d'une **rente temporaire immédiate**, en faveur de chacun des enfants à charge à la date du décès.

Le montant du capital et de la rente, le cas échéant, est fixé en fonction de votre salaire de base tel que défini à l'article 3. Il est indiqué aux conditions particulières.

Le capital et les arrérages de rente sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « Intérêts » de l'article 3.

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

1.2) Risques exclus

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

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

1.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre et paiement des prestations

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

- un original de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment le cas échéant la preuve du PACS,
- un certificat médical à transmettre à notre médecin conseil, 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,
- une déclaration de votre entreprise attestant que vous faisiez bien partie de son personnel lors de la survivance du prédécès de votre conjoint ou partenaire et indiquant le montant de votre salaire de base tel qu'il est défini à l'article 3.
- tout justificatif de ce montant que nous réclamons (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale).

Nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

Le règlement des sommes dues est effectué aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 14 en cas de décès de l'affilié.

Attribution du bénéfice de l'assurance : sauf stipulation contraire valable au jour du décès du conjoint ou partenaire, le capital garanti vous revient, à défaut il revient aux enfants de votre conjoint ou partenaire, nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut aux autres héritiers de ce dernier.

Service de la rente : la rente temporaire immédiate pour les enfants à charge à la date du décès de votre conjoint ou partenaire, vous 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 votre conjoint ou partenaire et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente temporaire immédiate est servie au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge indiqué aux conditions particulières.

1.4) Cessation de la garantie

La garantie prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 7 « Cessation de l'affiliation et des garanties - Déchéance des garanties - Fausse déclaration - Recours subrogatoire »,
- à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ou à la date de rupture du PACS,
- à la date de votre décès,
- en tout état de cause, le jour où votre conjoint ou partenaire atteint son 65^{ème} anniversaire.

Si vous bénéficiez du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 12, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

Le versement de la prestation au titre de la présente garantie met fin à la garantie prévue au paragraphe 2).

2) AFFILIÉ N'AYANT NI CONJOINT NI PARTENAIRE

Sur mention spécifique aux conditions particulières, la prestation suivante est garantie.

2.1) Définition de la garantie

Si vous n'avez ni conjoint, ni partenaire, cette garantie a pour objet le versement d'un **capital** si vous décédez ou êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17.

À ce capital peut s'ajouter le versement d'une **rente temporaire immédiate**, en faveur de chacun des enfants à charge, à la date de votre décès ou de notre reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive.

Le montant du capital et de la rente, le cas échéant, est fixé en fonction de votre salaire de base tel que défini à l'article 3. Il est indiqué aux conditions particulières.

Le capital et les arrérages de rente sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « Intérêts » de l'article 3.

2.2) Risques exclus

Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 14.4) et 17.2) selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

2.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre et paiement des prestations

Les formalités sont celles définies aux articles 14 « Garantie en cas de décès de l'affilié » et 17 « Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié » selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Attribution du capital : le règlement du capital est effectué aux mêmes conditions que celles prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Service de la rente : la rente temporaire immédiate pour les enfants à charge à la date de votre décès ou de reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive, 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 de votre décès (ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive) et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente temporaire immédiate est servie :

- en cas de décès : à l'administrateur légal des biens de l'enfant,
- en cas d'invalidité absolue et définitive : à vous-même.

La rente temporaire immédiate est servie au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge indiqué aux conditions particulières.

2.4) Cessation de la garantie

La garantie prend fin à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 7. « Cessation de l'affiliation et des garanties - Déchéance des garanties - Fausse déclaration - Recours subrogatoire ».

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si votre conjoint ou votre partenaire décède avant l'âge de soixante (60) ans, sous réserve que ce décès se produise simultanément (dans les vingt-quatre (24) heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès, une prestation est versée au profit du ou des enfants à charge à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre conjoint ou partenaire au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

La prestation peut être versée sous forme de **capital** ou de **rente** selon mentions aux conditions particulières. Son montant est indiqué aux conditions particulières.

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 (2) mois suivant ledit événement, le montant des prestations versées au titre de la présente garantie est réduit de moitié pour chacun des affiliés.

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

Le capital et les arrérages de rente sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « Intérêts » de l'article 3.

2) Risques exclus

Les risques exclus sont ceux prévus au paragraphe 1.2) du A. ci-dessus.

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

Les pièces justificatives nécessaires au paiement sont celles prévues au paragraphe 1.3) du A. ci-dessus.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) enfant(s) à votre charge à la date de votre décès. En outre, en cas de décès de votre conjoint ou partenaire survenant après votre décès, les enfants doivent demeurer à la charge de votre conjoint ou partenaire au sens de l'article 3.

4) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin :

- à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 7,
- à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ou à la date de rupture du PACS,
- en tout état de cause, le jour où votre conjoint ou partenaire atteint son soixantième (60^{ème}) anniversaire.

Si vous bénéficiez du maintien de la garantie en application des dispositions de l'article 12, la garantie cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

Titre III Garanties en cas d'arrêt de travail

RAPPEL : Votre entreprise a retenu les garanties dont la nature et le montant sont indiqués aux conditions particulières

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

1) DÉFINITION ET OBJET DES GARANTIES - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

1.1) Définition des garanties

- Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire que nous reconnaissons, consécutive à une maladie ou à un accident, qui vous place dans la totale incapacité physique ou psychique constatée médicalement, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité qui vous place dans l'impossibilité totale ou partielle, constatée médicalement et que nous reconnaissons, d'exercer une activité professionnelle rémunérée.

1.2) Objet des garanties

Ces garanties ont pour objet de vous servir une **indemnité journalière** en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou **une rente annuelle** en cas d'invalidité permanente, consécutive à une maladie ou à un accident.

Ces prestations vous sont versées **à la double condition** :

- que nous vous reconnaissons comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente, telles qu'elles sont définies au paragraphe 1.1) ci-avant ;

L'état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente est apprécié par notre médecin conseil indépendamment des décisions de votre régime social de base.

- que vous perceviez, à ce titre, des prestations en espèces de votre régime social de base. Si vous ne pouvez bénéficier des prestations du régime social de base pour raison administrative (durée d'immatriculation ou cotisations insuffisantes, par exemple), nous effectuons le règlement des prestations comme si cet organisme intervenait, sous réserve que nous soit délivrée toute pièce justifiant l'arrêt de travail.

1.3) 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 votre entreprise et nous-même, nous procéderions à l'ajustement de la cotisation relative aux garanties accordées en cas d'arrêt de travail. Si votre entreprise ne donnait pas suite à notre proposition ou si elle refusait expressément la nouvelle cotisation, nous pourrions résilier le contrat au terme d'un délai de trente (30) jours.

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

2) INCAPACITÉ TEMPORAIRE

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

a) Montant de la prestation

Lorsque nous vous reconnaissons en état d'incapacité temporaire totale de travail, sous réserve que vous bénéficiiez des prestations en espèces de votre régime social de base (assurance maladie ou accident du travail), nous vous versons une **indemnité journalière**, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale dite « franchise » qui peut varier selon la cause 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.

b) Reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique après une période d'incapacité temporaire totale de travail ou poursuite du travail à temps partiel pour motif thérapeutique

Nous pouvons verser des indemnités journalières complémentaires en cas de reprise du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique après une période d'incapacité totale de travail ou en cas de poursuite du travail à temps partiel thérapeutique et à condition que le service des prestations en espèces du régime social de base vous soit maintenu. Dans ce cas, nous poursuivons le versement des indemnités journalières complémentaires pour un montant égal à la différence entre :

- le montant garanti aux conditions particulières ;
- le cumul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale et du salaire effectivement versé par la contractante au titre du temps partiel ;

et limité dans les conditions du paragraphe 4.3. « Cumul des prestations ».

c) Disposition spécifique à la maternité ou paternité

Lorsque vous vous trouvez en état d'incapacité de travail, vous ne bénéficiez pas de l'indemnité journalière pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

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

Lorsque votre 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 2.1) ci-dessus sont complétées par ce qui suit :

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du taux « t » fixé aux conditions particulières sur la tranche B 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 A, 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 que nous versons.

2.3) Modalités de paiement de la prestation

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que vous êtes en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour où nous reconnaissons l'état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 4.6) « Cessation des garanties ».

Tant que votre contrat de travail est maintenu, nous sommes valablement libérés à votre égard par le règlement de l'indemnité journalière effectué à votre entreprise, celle-ci s'engageant à vous la reverser.

Dès la rupture du contrat de travail, nous vous versons directement la prestation qui vous est due.

3) INVALIDITÉ PERMANENTE

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

Nous vous considérons :

- en **invalidité totale** lorsque nous déterminons un taux d'invalidité (n) supérieur ou égal à 66 %. Il est alors versé une rente annuelle dont le montant est exprimé aux conditions particulières.

A défaut de mention spécifique aux conditions particulières, une rente de même montant vous est servie lorsque vous vous trouvez 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 (vous laver, vous vêtir, vous nourrir, vous déplacer).

- en **invalidité partielle** lorsque nous déterminons un taux d'invalidité (n) compris entre 33 et 66 %. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est calculé à partir de celui de la rente versée 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 33 %.

Le taux d'invalidité (n) correspond au taux d'incapacité professionnelle. Nous évaluons ce taux en fonction des possibilités vous restant d'exercer une autre activité professionnelle et indépendamment de la profession que vous exercez au jour de votre arrêt de travail.

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

Lorsque votre invalidité permanente 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 que nous versons sont déterminées de la façon suivante :

À condition que votre capacité de travail 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 nous déterminons le montant, d'après la formule :

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

dans laquelle :

S représente votre salaire de base à la date d'arrêt du travail,

t est le taux fixé sur la tranche B du salaire de base en cas d'invalidité permanente totale non consécutive à un accident du travail ou maladie d'origine professionnelle.

Lorsque le salaire de base est limité à la tranche A, 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 que nous reconnaissons, 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.

3.3) Modalités de paiement de la prestation

La rente est versée dès la date de notre reconnaissance de votre invalidité 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 vous est payable, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 4.6) ci-après.

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

4.1) Reprise du travail inférieure à deux (2) mois

Lorsque ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus, vous reprenez votre activité et devez l'interrompre moins de deux (2) mois après cette reprise, pour la même cause, 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. Si le contrat n'est plus en vigueur, la rechute n'est pas prise en charge.**

4.2) 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.

4.3) 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 nous et, le cas échéant, des salaires payés par l'employeur et des indemnités d'assurance chômage versées par Pôle emploi, ne peut excéder le montant de votre salaire de base déterminé à la date d'arrêt de travail et revalorisé à compter du trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) 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.

4.4) Risques exclus

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

- **accident ou maladie que vous causez intentionnellement 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 une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active sauf si vous êtes appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de votre entreprise,**
- **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 sont pas dues pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

4.5) Conditions d'attribution des prestations

a) Formalités à accomplir en cas de sinistre

La déclaration de l'arrêt de travail est obligatoire. Elle vous incombe et vous êtes tenu de nous l'adresser par l'intermédiaire de votre entreprise dans les délais suivants :

- si la durée de la franchise est inférieure à quatre-vingt-dix (90) jours : dans les trois (3) mois suivant la date d'arrêt du travail,
- si la durée de la franchise est égale ou supérieure à quatre-vingt-dix (90) jours : dans les trente (30) jours suivant la date d'expiration de la franchise.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'une attestation de votre entreprise d'après laquelle vous faisiez partie de son personnel lors de la survenance de l'arrêt de travail et indiquant le montant de vos rémunérations brute et nette telles qu'elles sont définies à l'article 3,
- d'un certificat médical à transmettre à notre médecin conseil, sous pli confidentiel, mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident,
- de tout document prouvant l'identité et, le cas échéant, la situation de famille,

et, à notre demande, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle que nous fournissons dûment complétée par le médecin traitant.

IMPORTANT : vous devrez en outre justifier 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, vous ne répondez pas administrativement aux conditions d'attribution des prestations de cet organisme.

Toutefois vous devrez adresser la déclaration d'arrêt de travail le plus tôt possible sans attendre la réception des décomptes de prestations du régime social de base.

Nous nous réservons le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement des prestations.

En cas de reprise du travail à temps partiel ou à temps complet, vous ou votre employeur devrez nous en informer immédiatement.

Par la suite, votre entreprise doit nous aviser de la rupture de votre contrat de travail dès que celle-ci intervient.

b) Reconnaissance et contrôle de l'état d'incapacité ou d'invalidité

Nous nous réservons expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité.

À cet effet, nos médecins, agents ou délégués doivent pouvoir se rendre auprès de vous et vous vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. Ils peuvent également vous convoquer. **Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux demandés, nous sommes autorisés à suspendre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre votre médecin et le nôtre portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, nous pourrions choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal judiciaire de votre domicile.

Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous et nous.

4.6) Cessation des garanties

Les garanties prennent fin dans les conditions de l'article 7.

Les garanties et le service des prestations cessent :

- en tout état de cause, à la date à laquelle vous cessez de percevoir des prestations en espèces 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 votre pension vieillesse du régime social de base, 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 vous pouvez bénéficier de la liquidation de votre pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Si vous bénéficiez 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 votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite, quel qu'en soit le motif.

Par ailleurs, le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle rémunérée, quelle que soit la nature de cette activité, sauf en cas de reprise autorisée à temps partiel : durant l'incapacité (temps partiel thérapeutique pris en charge par le régime social de base) ou durant l'invalidité prise en charge par le régime social de base.

De même, le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse à la date de l'aptitude médicalement constatée à votre reprise d'une activité professionnelle rémunérée, quelle que soit la nature de cette activité.

Titre IV Rente de conjoint

Les dispositions du présent titre s'appliquent lorsque votre entreprise a souscrit, sur mentions aux conditions particulières, la garantie Rente de conjoint au profit de l'ensemble de son personnel salarié appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

Au titre de la présente garantie, votre concubin tel que défini à l'article 3 vivant avec vous au jour de votre décès est pris en considération sous réserve que le concubinage compte une durée minimale de deux (2) ans à la date du décès.

1) DÉFINITION

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente viagère, au profit de votre conjoint, à défaut au profit de votre partenaire ou concubin, si vous décédez.

Cette rente peut être complétée par une rente d'attente temporaire, si à la date de votre décès, votre conjoint, partenaire ou concubin :

- est âgé de moins de soixante (60) ans,
- a, au maximum, un seul enfant à charge âgé de moins de vingt-cinq (25) ans.

Deux options peuvent être proposées à votre entreprise :

- une **rente variable (OPTION 1)** : dans ce cas, le montant de la rente est déterminé en fonction de votre âge lors de votre décès, selon l'âge retenu par votre entreprise (soixante-deux (62) ou soixante-sept (67) ans) et indiqué aux conditions particulières ;

ou

- une **rente constante (OPTION 2)** : dans ce cas, le montant de la rente est fixé uniformément quel que soit votre âge lors de votre décès.

Selon l'option retenue par votre entreprise, le montant de la rente viagère et de la rente d'attente temporaire est déterminé en appliquant les formules suivantes :

	RENTE VARIABLE (option 1)	RENTE CONSTANTE (option 2)
Rente viagère et Rente d'attente temporaire	$(t \% \times S) (A - X)^{(1)}$ $(t \% \times S) (X - 25)^{(2)}$	$t \% \times S$ $t \% \times S$

Le montant de la prestation correspondant à la rente retenue est indiqué aux conditions particulières.

Dans les formules ci-dessus :

- « t » représente le taux fixé aux conditions particulières ;
- « S » représente votre salaire de base tel que défini au contrat ;
- « A » représente 62 ou 67 selon l'âge retenu pour la rente variable, indiqué aux conditions particulières ;
- « X » représente votre âge à la date de votre décès (différence entre le millésime de l'année au cours de laquelle le décès s'est produit et le millésime de votre année de naissance).

- (1) le nombre d'années pris en considération pour la détermination de la rente viagère immédiate ne peut être inférieur à 5.
- (2) Une année au minimum et quarante années au maximum seront prises en considération pour le calcul de la rente d'attente temporaire.

2) RISQUES EXCLUS

Les risques exclus sont ceux prévus à l'article 14.4) au titre de la garantie en cas de décès.

3) FORMALITÉS A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES RENTES

Les formalités sont celles définies à l'article 14 pour la garantie en cas de décès. En outre, si vous vivez en concubinage au jour du décès, la preuve du concubinage et de sa durée devra en être apportée selon les dispositions du paragraphe CONCUBINAGE de l'article 3.

Attribution des rentes : la rente viagère immédiate et la rente d'attente temporaire reviennent de plein droit à votre conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut à votre partenaire et à défaut à votre concubin.

Service des rentes : les rentes de conjoint, partenaire ou concubin sont dues dès votre décès. Elles sont payables à réception des pièces justificatives, à la fin de chaque trimestre civil, à terme échu, sans arrérages au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de votre décès et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente d'attente temporaire est servie au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel votre conjoint, partenaire ou concubin bénéficiaire atteint son sixième (60ème) anniversaire. Son versement cesse en outre en cas de mariage ou remariage de ce bénéficiaire ou en cas de conclusion d'un PACS par ce dernier.

Les arrérages sont éventuellement majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « Intérêts » de l'article 3.

4) GARANTIE DE L'AFFILIÉ SANS CONJOINT, NI PARTENAIRE, NI CONCUBIN

Sur mention spécifique aux conditions particulières, la prestation suivante est garantie :

4.1) Définition

Si vous n'avez ni conjoint, ni partenaire, ni concubin, à la date de votre décès ou de votre invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17, cette garantie a pour objet, le versement :

- 1 d'un **capital** dont le montant, versé dans les conditions prévues aux articles 14 et 17 des conditions générales selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive, est fixé aux conditions particulières en pourcentage de votre salaire de base tel que défini au contrat.

et

- 2 sur mention aux conditions particulières, d'une **rente temporaire d'orphelin de ses deux parents** en cas de décès. Le montant de cette rente, servie au profit des enfants orphelins de leurs deux parents qui sont à votre charge au sens du contrat, à la date de votre décès, est fixé aux conditions particulières en pourcentage de votre salaire de base tel que défini au contrat.

Il est précisé que cette rente n'est pas versée en cas d'invalidité absolue et définitive.

4.2) Risques exclus

Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 14.4) et 17.2) selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

4.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les formalités sont celles définies aux articles 14 et 17 -selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive- et à l'article 15 pour la rente d'orphelins de leurs deux parents. Il est précisé que nous nous réservons la possibilité de réclamer toute pièce justificative du décès du parent prédécédé.

4.4) Attribution du capital

Le règlement du capital est effectué aux mêmes conditions que celles prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

4.5) Service de la rente

La rente temporaire d'orphelin pour les enfants orphelins de leurs deux parents qui sont à votre charge au sens du contrat, à la date de votre décès, est attribuée à ces enfants ; elle est payable dans les conditions prévues en cas de décès à l'article 15 pour la garantie Rente d'éducation.

Les arrérages de rente servis en cas de décès sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » de l'article 3.

5) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les conditions de l'article 7. La garantie Rente de conjoint cesse en outre à la date :

- à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive,
- de rupture du PACS,
- de cessation du concubinage.

Titre V Revalorisation

Article 21. Revalorisation

1) FONDS DE REVALORISATION

Pour financer la revalorisation des prestations, nous constituons un fonds de revalorisation et déterminons une unité de référence de sorte que la revalorisation puisse être alimentée par ce fonds. Cette unité est fixée au 1^{er} juillet de chaque année pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à compter du 1^{er} octobre de la même année. Sa variation est limitée à celle du point AGIRC-ARRCO entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année considérée.

2) REVALORISATION DU SALAIRE DE BASE

Lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est précédé d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le salaire de base est revalorisé dès le trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) jour qui suit la date d'arrêt de travail. Cette revalorisation est calculée en fonction du rapport entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date du décès ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

En outre, en cas de suspension du contrat de travail pour une cause autre que la maladie ou l'accident, le salaire de base déterminé à la date de suspension du contrat de travail est revalorisé dès le trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) jour suivant 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.

3) REVALORISATION DES RENTES SERVIES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

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

4) REVALORISATION DES PRESTATIONS VERSÉES EN CAS D'INCAPACITÉ - INVALIDITÉ

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées, dès le trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) 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.

5) DISPOSITION COMMUNE

La revalorisation, payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance, s'ajoute aux indemnités journalières et aux rentes servies en cas de décès ou d'invalidité. Elle cesse comme il est dit à l'article 13 « Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat ».

Titre VI Dispositions particulières

Annexe 1.

- **Salarié dont le contrat de travail est suspendu ;**
- **ou Salarié travaillant à temps partiel pour raison de santé ;**
- **ou ancien Salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de la portabilité au titre d'un précédent contrat d'assurance (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) ;**

à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable.

PRÉAMBULE

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

Si votre contrat de travail est suspendu ou si vous travaillez à temps partiel pour raison de santé, ou encore si vous êtes un ancien salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente et que vous bénéficiez d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat d'assurance, à la date d'effet du contrat ou à la date de votre entrée dans l'effectif affiliable, vous êtes garanti dès cette date, dans les conditions de la présente annexe et pour les garanties souscrites par votre entreprise.

Il est précisé que :

- les dispositions de la notice d'information auxquelles il n'est pas dérogé sont intégralement applicables ;
- à l'origine du contrat, votre entreprise s'engage à nous déclarer et nous fournir tous les éléments nécessaires à la gestion de la présente annexe (précisions sur les personnes concernées, montant des garanties et prestations à la charge d'un précédent organisme assureur, ...). **En cas de non-respect par votre entreprise, de ses obligations de déclaration, nous pouvons résilier le contrat.**

Votre employeur doit également nous déclarer la date de rupture du contrat de travail de tout affilié.

1) SI VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR UNE AUTRE CAUSE QUE LA MALADIE OU L'ACCIDENT

Si votre contrat de travail est suspendu à la date d'effet du contrat ou à la date de votre entrée dans l'effectif affiliable pour une autre cause que la maladie ou l'accident, tant que vous bénéficiez d'un maintien de salaire total ou partiel, d'une indemnisation ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, l'ensemble des garanties souscrites par votre entreprise est accordé dans les conditions du contrat.

Au terme de cette période ou à défaut de maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnisation ou de revenu de remplacement versé par l'employeur, si votre entreprise nous a fait une demande d'octroi des garanties 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 votre entreprise est accordé dans les conditions suivantes :

1.1) Garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive

PRISE D'EFFET DES GARANTIES : ces garanties prennent effet à la date de votre affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues, à la date de suspension du contrat de travail, sans revalorisation pendant la durée de la suspension du contrat de travail.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles seront calculées et versées selon les dispositions de la notice d'information.

1.2) Garanties en cas d'arrêt de travail

Ces garanties ne prendront effet qu'à la date de **reprise effective du travail**. Les prestations seront calculées et versées en application des dispositions du contrat, pour tout nouvel arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, survenant postérieurement à la date de la **reprise du travail**.

2) SI VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR CAUSE DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU SI VOUS ÊTES UN ANCIEN SALARIÉ EN ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ ET QUE VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN MAINTIEN DE GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU TITRE D'UN PRÉCÉDENT CONTRAT D'ASSURANCE

L'ensemble des garanties souscrites par votre entreprise vous est accordé dans les conditions exposées ci-dessous :

- si votre 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,
- si vous êtes un ancien salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente et que vous bénéficiez d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance, à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable.

Dans ce dernier cas, les garanties prévues ci-dessous sont toutefois accordées, sous les réserves des paragraphes 2) et 4) de l'annexe 2.

2.1) Garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive

PRISE D'EFFET DES GARANTIES : ces garanties prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues, à la date de votre arrêt de travail. La rémunération peut être ajustée en fonction des dispositions contractuelles du précédent contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, entre la date de votre arrêt de travail et la date d'effet du présent contrat ou de l'entrée dans l'effectif affiliable. Son montant nous est en tout état de cause déclaré par votre entreprise, à l'origine du contrat ou de l'affiliation.

REVALORISATION DU SALAIRE DE BASE : votre salaire de base est revalorisé à compter du trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) jour d'affiliation au présent contrat.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles 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, vous bénéficiez 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 vous-même ou vos ayants droit du montant des garanties maintenues auprès d'un précédent organisme assureur, vous ou vos ayants droit perdez tout 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 : cette garantie ne prendra effet qu'à la date de votre reprise effective du travail ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle rémunérée.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date de votre reprise du travail ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle rémunérée.

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 : cette garantie 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 affilié. Par contre, l'aggravation d'un état d'invalidité permanente, survenue et que nous reconnaissons postérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'entrée dans l'effectif affilié, est garantie.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues, à la date de votre arrêt de travail. La rémunération peut être ajustée en fonction des dispositions contractuelles du précédent contrat de même nature souscrit par votre entreprise 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 affilié. Son montant nous est en tout état de cause déclaré par votre entreprise, à l'origine du contrat ou de l'affiliation.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles 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 trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) 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.

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

Tant que vous n'êtes pas effectivement apte à reprendre un 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 affilié, seront revalorisées au titre du présent contrat. Ainsi, ces prestations seront revalorisées dès le trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date.

3) SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVEC RÉDUCTION D'HORAIRE POUR RAISON DE SANTÉ

L'ensemble des garanties souscrites par votre entreprise est accordé dans les conditions suivantes :

3.1) Garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive

PRISE D'EFFET DES GARANTIES : ces garanties prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues et compte tenu de votre activité professionnelle partielle. Toutefois, si vous bénéficiez au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de votre 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 votre activité à temps plein.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles 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, vous bénéficiez 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 vous-même ou vos ayants droit du montant des garanties maintenues auprès d'un précédent organisme assureur, vous ou vos ayants droit perdez tout 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 : cette garantie prend effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues et compte tenu de votre activité professionnelle partielle.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles 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 de votre activité à temps plein.

b) Garantie en cas d'invalidité permanente

PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE : cette garantie 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 votre entrée dans l'effectif

tif affilié. En revanche, est garantie, l'aggravation d'un état d'invalidité permanente, survenue et que nous reconnaissons postérieurement à la date d'effet du contrat ou de votre entrée dans l'effectif affilié.

SALAIRE DE BASE : il est déterminé sur les bases contractuellement retenues et compte tenu de votre activité professionnelle partielle. Toutefois, si vous bénéficiez, 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 votre activité à temps plein.

MONTANT DES PRESTATIONS : elles seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat. Toutefois, dans la mesure où votre 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 versées au titre du présent contrat. Dans ce cas, les prestations dues au titre du présent contrat seront revalorisées dès le trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) 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.

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

Tant que vous n'avez pas repris votre travail à temps complet, si vous bénéficiez au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de votre 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, nous accordons 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 trois-cent-soixante-sixième (366^{ème}) jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date.

4) DISPOSITIONS COMMUNES

- Dans tous les cas, les garanties seront accordées dans les conditions normales du contrat dès votre reprise effective du travail sans réduction d'horaire pour raison de santé,
- En cas de résiliation du présent contrat, les dispositions suivantes sont applicables par dérogation partielle aux termes de l'article 13 des conditions générales.
 - Si votre contrat de travail est toujours suspendu pour une autre cause que la maladie ou l'accident, à la date de résiliation du présent contrat, vous ne bénéficiez d'aucun maintien des garanties prévues par la présente annexe.
 - Si votre contrat de travail est toujours suspendu pour cause de maladie ou d'accident ou si vous travaillez 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 :

A Résiliation avec poursuite du régime de prévoyance auprès d'un nouvel organisme assureur

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, que nous servons au titre de la présente annexe,

et

- les garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur votre tête (articles 14, 15, 16, 17, 18 et titre IV des conditions générales) accordées 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.

Les garanties décès et invalidité absolue et définitive maintenues au titre de l'alinéa précédent sont accordées sous réserve du service effectif et continu aux affiliés concernés des prestations pour incapacité temporaire ou invalidité permanente depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive.

À défaut, la preuve que l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20, depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, devra nous être apportée.

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, que nous servons 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 votre tête tel que prévu au paragraphe a) ci-dessus est subordonné à la preuve d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail auprès d'un organisme assureur en cours 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 vous justifiez de la perception de prestations d'arrêt de travail par le régime social de base.

Les garanties décès et invalidité absolue et définitive maintenues au titre de l'alinéa précédent sont accordées sous réserve du service effectif et continu aux affiliés concernés de prestations pour incapacité temporaire ou invalidité permanente depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive.

À défaut, la preuve que l'affilié est demeuré sans interruption en état d'incapacité temporaire totale de travail et/ou d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20, depuis la date de résiliation du contrat jusqu'à la date du décès ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive, devra nous être apportée.

B Résiliation sans poursuite du régime de prévoyance auprès d'un nouvel organisme assureur

En l'absence de nouvel organisme assureur et notamment lorsque la résiliation ou le terme du contrat a pour origine la disparition de votre entreprise (par suite notamment de redressement judiciaire, liquidation judiciaire ou cessation d'activité) :

- le service des indemnités journalières et rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du présent contrat, que nous servons au titre de la présente annexe,

et

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

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

C Dispositions communes

Le bénéfice de la garantie de l'article 18 « Allocation d'obsèques » des conditions générales est maintenu à vous seul, à l'exclusion de votre conjoint ou partenaire et enfants à charge.

Le maintien des garanties prévu ci-dessus cesse dans les conditions des articles 7 « Cessation de l'affiliation et des garanties » et 12 « Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail » des conditions générales.

Le bénéfice des garanties en cas de Décès du conjoint (article 19) cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat concerné par la présente notice.

Annexe 2. Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale)

L'affiliation au contrat et les garanties qu'il prévoit vous sont maintenues dans les conditions précisées ci-après, si le contrat de travail conclu avec votre entreprise est rompu.

1) CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties du contrat vous sont maintenues si vous remplissez les conditions cumulatives suivantes :

- le droit à couverture au titre du contrat collectif prévoyance souscrit par votre entreprise doit avoir été ouvert avant la date de cessation de votre 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, la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai, l'arrivée à terme du CDD, la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini, la démission légitime, la démission visée au II de l'article L.5422-1 du Code du travail, la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,
- la cessation de votre 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.

Si vous remplissez ces conditions, vous pourrez bénéficier du maintien des garanties aux mêmes clauses et conditions que les affiliés en activité au sein de votre entreprise, sous réserve des dispositions du paragraphe 4. ci-après. Toute modification des garanties intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien.

Il est rappelé que les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable, en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente à cette date, sont garantis en application des dispositions du paragraphe 2) de l'annexe 1 aux conditions générales, sous les réserves des paragraphes 2) et 4) ci-après.

2) PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

La durée de ce maintien est égale à celle de votre période d'indemnisation par l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs, que vous avez conclu(s) avec votre entreprise. Cette durée est appréciée en nombre de mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur. **La durée de ce maintien ne peut toutefois excéder douze (12) mois.**

Si vous bénéficiez d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale à la date d'effet du contrat, les dispositions suivantes vous sont applicables :

- le maintien des garanties prend effet à compter de la date de votre affiliation au présent contrat,
- la durée de ce maintien est en tout état de cause limitée à la durée fixée à la date de cessation du contrat de travail et restant à courir à compter de la date d'affiliation au présent contrat.

3) CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période indiquée au paragraphe 2) ci-dessus ;
- si vous êtes radié des listes des bénéficiaires du régime de l'assurance chômage, à la date à laquelle vous cessez de bénéficier du régime de l'assurance chômage ;

et en tout état de cause :

- à la date de liquidation de votre 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, si vous en faites la demande vous pourrez souscrire l'un des contrats que nous proposons à titre individuel aux conditions normales d'admission et aux tarifs en vigueur.

En outre, le maintien des garanties cesse également :

- dès que vous retrouvez un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

4) 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 salaire de base contractuellement défini, déterminé à la date de rupture du contrat de travail.

Les sommes que vous avez perçues en raison de votre départ, quelle que soit leur qualification juridique, sont toujours exclues de la base de calcul des prestations.

Le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

En outre, il est précisé que notre indemnisation complémentaire sera effectuée sous déduction des droits que vous auriez eus au titre du régime légal ou conventionnel de mensualisation.

Par ailleurs, lors de la demande de règlement d'une prestation, vous ou vos bénéficiaires devez nous transmettre, outre les documents prévus au contrat nécessaires au règlement du sinistre, la justification de votre 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 vous sont versées par le régime social de base.

À défaut de production de ce justificatif, nous ne prendrons pas en charge la prestation.

5) VOS OBLIGATIONS À NOTRE ÉGARD AU TITRE DU PRÉSENT MAINTIEN DES GARANTIES

À la date de cessation de votre contrat de travail, vous vous engagez à nous adresser les documents suivants :

- une copie de votre certificat de travail ;
- une attestation de votre prise en charge par l'assurance chômage (Pôle emploi).

Ultérieurement à votre admission au bénéfice du présent maintien des garanties, vous vous engagez **sous peine, le cas échéant, de déchéance de garanties** :

- à nous informer, dès que vous en avez connaissance, de la cessation de votre prise en charge par l'assurance chômage, notamment en nous transmettant l'information qui vous a été délivrée par cet organisme,
- à nous déclarer toute reprise de votre part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise.

6) OBLIGATIONS DE VOTRE ENTREPRISE

Votre entreprise s'engage :

- à nous déclarer chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de maintien des garanties dans les dix (10) jours suivant la date de cessation de son contrat de travail ;
- à signaler le présent maintien de garanties sur le certificat de travail remis aux anciens membres de son personnel et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

7) FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Il est précisé qu'aucune cotisation ne peut vous être réclamée à compter de la date de cessation du contrat de travail qui vous liait à votre entreprise, pour le financement du maintien des garanties prévu ci-dessus dont vous bénéficiez.

Annexe 3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation

En cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation au contrat d'assurance et sauf application des dispositions de l'article 12 relatif à « l'exonération du paiement de la cotisation et au maintien des garanties en cas d'arrêt de travail », les dispositions suivantes s'appliquent :

CAS OÙ LA PÉRIODE DE SUSPENSION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST INDEMNISÉE

1) CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties vous sont maintenues pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur qu'elles soient versées directement par lui ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- et/ou des revenus de remplacement versés par votre employeur.

2) BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

La cotisation est calculée en fonction de la rémunération de base définie au contrat versée pendant la période de suspension du contrat de travail et dans la limite contractuellement indiquée aux conditions particulières.

Toutefois, sur demande spécifique et compte tenu des dispositions de l'acte de droit du travail instituant le régime de prévoyance, votre employeur pourra opter pour :

- un maintien de l'assiette applicable antérieurement à la suspension du contrat de travail dès lors qu'elle permet d'assurer un niveau de prestation plus élevé, dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières ;
- ou une reconstitution de la rémunération mensuelle des salariés (moyenne des douze (12) derniers mois) dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières.

3) BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

3.1) Garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive

Sous réserve du paiement des cotisations, les prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive sont déterminées en fonction de la rémunération de base telle que définie au contrat, se rapportant à la période de référence de douze (12) mois précédant le mois au cours duquel est survenu :

- le décès ou l'arrêt de travail si le décès est 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.

Toutefois, sur demande spécifique et compte tenu des dispositions de l'acte de droit du travail instituant le régime de prévoyance et sous réserve du paiement de la cotisation sur la même base, votre employeur pourra opter pour :

- une détermination des prestations en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive en fonction de la rémunération de base, se rapportant à la période de référence de douze (12) mois précédant la date de suspension du contrat de travail, dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières ;
- une détermination des prestations en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive en fonction d'une rémunération mensuelle reconstituée (moyenne des douze (12) derniers mois), dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières.

3.2) Garanties en cas d'arrêt de travail

Sous réserve du paiement des cotisations, les prestations en cas d'arrêt de travail sont déterminées en fonction de la rémunération de base telle que définie au contrat, se rapportant à la période de référence précédant le mois au cours duquel est survenu l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Toutefois, sur demande spécifique et compte tenu des dispositions de l'acte de droit du travail instituant le régime de prévoyance et sous réserve du paiement de la cotisation sur la même base, votre employeur pourra opter pour :

- la détermination des prestations en cas d'arrêt de travail en fonction de la rémunération de base, se rapportant à la période de référence de douze (12) mois précédant la date de suspension du contrat de travail, dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières ;
- la détermination des prestations en cas d'arrêt de travail en fonction d'une rémunération mensuelle reconstituée (moyenne des douze (12) derniers mois), dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières.

3.3) Dispositions communes aux paragraphes 3a et 3b

La rémunération est reconstituée dans les cas suivants :

- Si à la date du décès ou de l'arrêt de travail, la durée d'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence de douze (12) mois : la base de calcul des prestations est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée sur une base annuelle, à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles auxquels s'ajoutent les indemnités et revenus de remplacement versés par votre employeur en cas de suspension du contrat de travail, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.
- Si la rémunération a été réduite ou supprimée pendant la période de référence de douze (12) mois en raison d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident : la base de calcul des prestations est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée sur une base annuelle, à partir de la moyenne des salaires bruts qui auraient été perçus ou exigibles en l'absence de cet arrêt de travail auxquels s'ajoutent les indemnités et revenus de remplacement versés par votre employeur en cas de suspension du contrat de travail.

4) CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Conformément aux dispositions relatives à « la cessation de l'affiliation et des garanties » prévues à l'article 7, votre affiliation au contrat prend fin en cas de suspension de votre contrat de travail dès lors que vous ne percevez aucun maintien de salaire, total ou partiel, ou en l'absence de versement d'une indemnisation ou d'un revenu de remplacement par votre employeur.

CAS OÙ LA PÉRIODE DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL N'EST PAS INDEMNISÉE

1) CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

Lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous n'êtes pas ou plus indemnisé (à l'issue ou à défaut de maintien de salaire total ou partiel, ou de versement d'une indemnisation ou d'un revenu de remplacement par votre employeur), votre employeur peut, sur demande spécifique, et compte tenu des dispositions de l'acte de droit du travail instituant le régime de prévoyance, solliciter le maintien des garanties à l'assureur.

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties souscrites en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive sont susceptibles d'être maintenues.

Cette demande doit être formulée avant la fin de la période de maintien de salaire ou avant la fin de la période indemnisée.

La demande de maintien des garanties faite par votre employeur s'applique à l'ensemble de son personnel affiliable, présent et futur, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

2) BASE DE CALCUL DES COTISATIONS

La cotisation afférente aux garanties maintenues est calculée en fonction de la rémunération de base, déterminée à la date de suspension de votre contrat de travail dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières.

3) BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Les garanties ayant fait l'objet d'une demande de maintien de garanties de la part de votre employeur sont accordées sous réserve du paiement des cotisations, sur la base du salaire de base, se rapportant à la période de référence de douze (12) mois précédant la date de suspension de votre contrat de travail, dans la limite contractuellement retenue aux conditions particulières.

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z
Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et,
sous la marque Gan Eurocourtage par les courtiers et Gan Prévoyance

