



Prévoyance Entreprise

CONTRAT PREVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **228584710**
régis par le Code des Assurances

souscrit par **AUTORITE DES MARCHES FINANCIERS**
dont le siège social est
17, Place de la Bourse
75082 PARIS Cedex 02
(**LE SOUSCRIPTEUR**)

auprès

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

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

Ce document contractuel est constitué des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES	4
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE	4
ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	5
ARTICLE 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE	6
ARTICLE 6 - BASE DE L'ASSURANCE	7
ARTICLE 7 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES	7
ARTICLE 8 - EXCLUSIONS	7
ARTICLE 9 - RECLAMATION	9
ARTICLE 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	9
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION	10
ARTICLE 12 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE	11
CHAPITRE 2 DECES	12
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	12
ARTICLE 2 - CHOIX DE L'OPTION	12
ARTICLE 3 - DECES DE L'ASSURE OPTIONS 1, 2 ET 3	13
ARTICLE 4 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE	14
ARTICLE 5 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES	15
ARTICLE 6 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	16
ARTICLE 7 - PREDECES	16
ARTICLE 8 - FRAIS D'OBSEQUES EN CAS DE DECES DE L'ASSURE	17
ARTICLE 9 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE	17
ARTICLE 10 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RENTES	17
ARTICLE 11 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	18
CHAPITRE 3 DECES ACCIDENTEL	20
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	20
ARTICLE 2 - DEFINITIONS	20
ARTICLE 3 - DECES DE L'ASSURE	20
ARTICLE 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	20
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	21
CHAPITRE 4 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE	22
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	22
ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	22
ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE	23
ARTICLE 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	24
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	25
ARTICLE 6 - CONTROLE MEDICAL	26
ARTICLE 7 - SUBROGATION	26

CHAPITRE 5 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL27

ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN.....27

ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN.....27

ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES27

ARTICLE 4 - MODALITES DU MAINTIEN.....27

ARTICLE 5 - MODALITES D'INFORMATION28

ARTICLE 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE28

ARTICLE 7 - COTISATION28

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

Fait à PARIS, le 1^{er} juin 2022.

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale française, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions visées au paragraphe 4.1, pour les garanties suivantes :

- DECES,
- DECES ACCIDENTEL,
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

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

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

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

Il peut être dénoncé :

- **à l'initiative du souscripteur, au moins deux mois avant la date de renouvellement, et conformément à l'article L113-14 du Code des Assurances soit :**
 - **par lettre simple ou recommandée. Cette lettre doit être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que le contrat cesse au 31 décembre à minuit, le cachet de la poste faisant foi,**
 - **par voie électronique selon les modalités précisées sur le site internet AXA.fr.**

A réception de la demande de résiliation, l'assureur adresse une confirmation écrite au souscripteur.

- **à l'initiative de l'assureur, par lettre recommandée, au moins quatre mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.**

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

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

Article 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

4.1 Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat, à condition que le contrat de travail soit en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du contrat, sous réserve des dispositions suivantes.

Les membres du personnel en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat sont assurés pour les garanties en cas de décès selon les conditions du Chapitre PERSONNEL EN ARRÊT DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT ; la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE entrant en vigueur à la date de reprise du travail.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail). La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1-1 du Code du travail.

Le souscripteur peut demander à l'assureur l'application des garanties aux salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail. Après accord, cette extension fera l'objet d'un avenant au contrat.

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

4.2 Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle est suspendue pendant les congés (sans indemnisation du souscripteur) autres que maladie, accueil de l'enfant ou accident ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

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

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

Article 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE

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

Toutefois, l'assuré admis au contrat alors qu'il se trouvait en incapacité ou invalidité, bénéficie du maintien des garanties en cas de décès dans les conditions prévues au Chapitre PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT.

5.1 Niveau de chaque garantie

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

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

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

5.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à celle définie à l'article 6.

5.3 Revalorisation de la base des prestations

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

5.4 Cotisation

Les cotisations pour l'assuré en arrêt de travail ne sont dues que sur le salaire total ou partiel maintenu par le souscripteur.

Elles cessent d'être dues après la résiliation du présent contrat.

5.5 Fin du maintien de chaque garantie

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

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

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

Article 6 - BASE DE L'ASSURANCE

6.1 Base de cotisation

La base de cotisation est le salaire annuel brut, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le souscripteur à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques hors stock-options, et primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail.

Elle inclut tous les salaires, même partiels versés par le souscripteur, que l'assuré soit ou en arrêt de travail pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant ou accident. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B et C du salaire définies comme suit en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale française en vigueur pour l'année considérée :

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

6.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à la base de la cotisation correspondant aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre (pendant la première année d'existence du présent contrat, les mois civils antérieurs à sa date d'effet sont pris en compte pour autant qu'il s'agisse du même contrat de travail). Lorsque le contrat de travail a moins de douze mois, ledit salaire est rétabli sur une base annuelle.

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

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

Article 7 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES

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

Article 8 - EXCLUSIONS

Toutes garanties

L'assureur couvre les risques en cas de DECES, de PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE et d'INCAPACITE TOTALE de TRAVAIL ou d'INVALIDITE PERMANENTE à l'exclusion de ceux résultant :

- **d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,**
- **de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),**

- de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14ème jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance. Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer dix jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

Garanties décès accidentel et incapacité de travail / invalidité permanente

L'assureur couvre les risques de DECES consécutifs à un accident et d'arrêt de travail dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'exclusion des accidents résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées,
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Garantie décès accidentel

L'assureur couvre les risques de DECES consécutifs à un accident dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'exclusion des accidents résultant :

- de l'état d'alcoolémie de l'assuré, en tant que conducteur, constaté par un taux égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- de l'usage par l'assuré de stupéfiants ou substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- d'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
- de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

Article 9 - RECLAMATION

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

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

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

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

Article 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement.

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

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

- par email (service.informationclient@axa.fr)
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.

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

Article 11 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**

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

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

Article 12 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE

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

Chapitre 2

DECES

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet en cas de DECES DE L'ASSURE, selon le choix de l'option effectué par le ou les bénéficiaires au décès de l'assuré conformément aux dispositions visées à l'article 2 :

- OPTION 1 : le versement d'un capital,
- OPTION 2 :
 - le versement d'un capital réduit,
 - le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge,
- OPTION 3 :
 - le versement d'un capital réduit,
 - le service d'une rente viagère au conjoint survivant,
 - le service d'une rente temporaire si le conjoint survivant a des droits de réversion différés au titre du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO.

La garantie a également pour objet :

- en cas DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE telle que visée à l'article 6, le versement par anticipation du capital en cas de décès prévu dans le cadre de l'option 1
- le versement d'un capital, en cas de PREDECES DU CONJOINT (du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin) ou de PREDECES D'UN ENFANT A CHARGE
- en cas de DECES DE L'ASSURE, le versement d'une indemnité de frais d'obsèques
- en cas de DECES DU CONJOINT, non remarié, dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré et pendant l'existence du contrat, le versement aux dits enfants d'un second capital, s'agissant des OPTIONS 1, 2 et 3.

Article 2 - CHOIX DE L'OPTION

Le choix de l'option est effectué au moyen d'un écrit adressé à l'assureur dans les **soixante jours** qui suivent le décès de l'assuré :

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

En l'absence de choix ou lorsque plusieurs parties sont concernées et en l'absence d'accord, l'OPTION 1 s'applique.

L'OPTION 1 est en tout état de cause appliquée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Article 3 - DECES DE L'ASSURE OPTIONS 1, 2 ET 3

3.1 Option 1

3.1.1 Montant du capital

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

- Assuré sans enfant à charge :
 - Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement : 300 %,
 - Marié : 300 %,
- Assuré avec enfant(s) à charge :
 - Base : 300 %,
 - Majoration par enfant à charge : 70 %.

Un assuré vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) ou lié par un Pacte civil de solidarité est assimilé à un assuré marié, à condition que l'assureur en ait connaissance dans les trois mois suivant le décès de l'assuré. Le concubin ou le partenaire doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

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

3.2 Option 2

3.2.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé à 250 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

3.2.2 Montant de la rente éducation

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

- jusqu'à 10 ans inclus : 10 %,
- de 11 à 18 ans inclus : 15 %,
- de 19 à 26 ans inclus : 20 %.

Le montant annuel de la rente versée viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées, est fixé à 20 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :

3.3 Option 3

3.3.1 Montant du capital

Le montant du capital est fixé à 200 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6).

3.3.2 Montant des rentes de conjoint

Rente viagère

Le montant annuel de la rente est égal au produit des éléments suivants :

- un pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :
 - Tranche A : 1 %,
 - Tranche B : 1 %,
 - Tranche C : 1 %,
- le nombre d'années restant à courir entre l'âge au décès (calculé par différence de millésimes) et le 65ème anniversaire de naissance de l'assuré.

Rente temporaire

En cas de droits différés au titre du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO :

Le montant annuel de la rente est égal au produit des éléments suivants :

- un pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6) :
 - Tranche A : 0,50 %,
 - Tranche B : 0,50 %,
 - Tranche C : 0,50 %,
- le nombre d'années écoulées entre le 25ème anniversaire de naissance de l'assuré et l'âge au décès (calculé par différence de millésimes).

Article 4 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE

4.1 Définition des enfants à charge

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

- lorsqu'ils sont âgés de moins de 21 ans,
- lorsqu'ils sont majeurs, âgés de moins de 27 ans, affiliés à la Sécurité sociale française et s'ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
- lorsqu'ils sont majeurs, âgés de moins de 27 ans et préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle,
- lorsqu'ils sont employés dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé entant que travailleurs handicapés,
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve, que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

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

Les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son concubin tel que défini au paragraphe 3.1.1.

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

4.2 Situation de famille retenue

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

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

Article 5 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES

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

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

5.1 Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité tel que défini au paragraphe 3.1,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par enfant à charge » s'agissant de l'OPTION 1, ou au versement de la rente éducation s'agissant de l'OPTION 2,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Toutefois, s'agissant de l'OPTION 1, la « majoration par enfant à charge » est réservée :

- au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde,
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant, n'en a pas la garde,
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé.

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

5.2 Désignation particulière

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

- lorsqu'un seul bénéficiaire a été désigné et qu'il a la garde de l'enfant concerné ou, s'agissant d'un enfant majeur, lorsqu'il l'a eue jusqu'à la majorité,

- lorsque plusieurs bénéficiaires ont été désignés conjointement par l'assuré et que l'enfant concerné en fait partie.

La réservation de la «majoration par enfant à charge» est applicable sauf volonté contraire de l'assuré clairement exprimée dans la désignation particulière.

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

L'assuré a également la possibilité de renseigner en toute confidentialité «la clause bénéficiaire du capital décès», directement sur le site prévoyance que l'assureur met à sa disposition : quijeprotege.com.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour que l'assuré puisse continuer de bénéficier à tout moment du meilleur service. L'assureur informera le souscripteur de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

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

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

Article 6 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le capital en cas de décès de l'assuré prévu dans le cadre de l'option 1 peut, sur demande accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 11, être versé **par anticipation** en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.

L'assuré est reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est, soit classé par la Sécurité sociale française en 3ème catégorie d'invalides, soit, lorsqu'il se voit attribuer un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et qu'il bénéficie de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

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

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

Article 7 - PREDECES

Le capital est fixé comme suit :

- 3 000 €uros cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin,
- 3 000 €uros en cas de prédécès d'un enfant à charge.

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

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

Les enfants à charge sont ceux définis à l'article 4.

Le capital est versé à l'assuré.

Article 8 - FRAIS D'OBSEQUES EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

L'indemnité de frais d'obsèques est fixée à 3 000 Euros.

L'indemnité est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés. Le reliquat est versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès tel(s) que visé(s) à l'article 5.

Article 9 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE

Lorsque le conjoint ou son partenaire lié par un Pacs, non (re)marié et non lié par un (nouveau) Pacs, décède dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré, et alors que le contrat est toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée à l'article 4, et y répondent encore au décès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs. Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 100 % du capital versé au décès de l'assuré ou, lorsque l'OPTION 2 ou 3 a été retenue au décès de l'assuré, du capital qui aurait été versé dans le cadre de l'OPTION 1 (paragraphe 3.1).

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

Article 10 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RENTES

10.1 Revalorisation

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

10.2 Modalités de règlement, effet et cessation des rentes

Les rentes prennent effet le lendemain du jour du décès de l'assuré.

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

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

Les rentes cessent d'être dues :

- s'agissant de la rente éducation à compter du jour où l'enfant ne remplit plus les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge,
- s'agissant de la rente temporaire en cas de droits différés au titre de l'AGIRC-ARRCO, à la date du remariage du conjoint, à la veille de l'entrée en jouissance de la pension de réversion de l'AGIRC-ARRCO et au plus tard à la fin du mois civil du 55ème anniversaire du conjoint,
- à la date de décès du bénéficiaire, quelle que soit la rente.

Article 11 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DECES

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

- l'acte de décès,
- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, la copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint,
- les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge :
 - l'extrait d'acte de naissance, le certificat de scolarité, la copie du contrat de formation en alternance,
 - l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,
 - la copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et l'attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre d'enfants à charge au jour du décès,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires :
 - l'extrait d'acte de naissance,
 - et, en tant que de besoin : le certificat d'hérédité ou l'acte de notoriété,
 - l'ordonnance ou le jugement de tutelle,
- la photocopie du ou des livrets de famille,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré, par la production d'une copie :
 - du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire,
 - du pacte civil de solidarité,
- la photocopie d'une pièce d'identité du ou des bénéficiaires ou bien de leur représentant légal,
- s'agissant du capital en cas de prédécès d'un enfant de moins de 12 ans, le justificatif des frais exposés,
- le certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel),
- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais d'obsèques.

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, il doit être fourni l'attestation d'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation. En outre, les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge sont à renouveler périodiquement.

S'agissant des rentes de conjoint, doivent être fourni :

- à la date du décès, le justificatif de l'attribution de droits différés au titre de l'AGIRC-ARRCO,
- chaque année, au cours du premier trimestre civil, l'attestation sur l'honneur de non-entrée en jouissance des droits différés ci-dessus et extrait d'acte de naissance.

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

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Doivent être adressés à l'assureur :

- les pièces visées au paragraphe précédent relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital,
 - la demande de reconnaissance de l'état de **perte totale et irréversible d'autonomie**,
 - le rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel),
 - la notification d'attribution de la Sécurité sociale française de la rente de 3ème catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître la majoration pour assistance d'une tierce personne.
-

Chapitre 3

DECES ACCIDENTEL

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

Article 2 - DEFINITIONS

Accident

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

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

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

Article 3 - DECES DE L'ASSURE

3.1 Montant du capital

Le montant du capital supplémentaire est fixé comme suit, en pourcentage du capital prévu au titre de la garantie DECES, visé au chapitre 2 (article 3), selon l'option choisie :

- Option 1 : 100 %,
- Option 2 : 125 %, + doublement de la rente éducation versée
- Option 3 : 100 %.

3.2 Bénéficiaires du capital

Les bénéficiaires du capital sont ceux prévus au titre de la garantie DECES au Chapitre 2 (article 5).

Article 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les dispositions sont celles prévues en la matière au Chapitre 2 (article 6), étant précisé que la preuve de la relation entre la perte totale et irréversible d'autonomie et l'accident doit être reçue par l'assureur dans les **douze mois** qui suivent l'accident.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

Chapitre 4

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

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

sous réserve :

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

et

- de l'application de l'article 6.

Les prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi définies, mais affectent le montant net à régler à l'assuré.

Article 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1 Franchise

L'indemnité journalière est servie après une période d'arrêt continu et total de travail pour maladie ou accident, appelée "franchise", fixée à 90 jours.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale française est prise en compte pour la détermination de la franchise, mais les congés en cas d'accueil de l'enfant ou de deuil de l'enfant ne sont pas comptabilisés.

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

2.2 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 95 % du salaire net correspondant à la 365ème partie de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction de l'indemnité de la Sécurité sociale française à la date de l'arrêt de travail.

Aucune prestation n'est versée pendant les congés d'accueil de l'enfant ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale française au titre de l'assurance maternité.

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

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

2.3 Cessation de l'indemnité journalière

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- à la date de fin du service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale française,
- et, en tout état de cause, à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

2.4 Modalités de règlement

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

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

Article 3 - INVALIDITE PERMANENTE

3.1 Montant de la rente

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

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

- 1^{ère} catégorie : 60 %,
- 2^{ème} catégorie : 100 %,
- 3^{ème} catégorie : 100 %,

sous déduction de la rente de la Sécurité sociale française dont le montant est ramené à la date de début de l'arrêt de travail compte tenu de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre cette date et la date de passage en invalidité.

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

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

S'agissant d'un assuré classé en 1^{ère} catégorie d'invalides, et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assuré est limité de façon que cumulé au salaire net imposable perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité sociale française perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder **100 % du salaire net imposable** correspondant à une activité à temps plein. Toutefois, ce montant ne peut en aucun cas excéder celui qui serait versé si l'assuré n'exerçait pas d'activité.

En cas de nouvel arrêt de travail de l'assuré, lorsque le cumul des prestations tant de l'assureur que de la Sécurité sociale française (indemnité journalière et rente d'invalidité) excède **100 % du salaire net imposable** qu'il aurait perçu s'il avait travaillé à temps plein, la rente d'invalidité est réduite à concurrence du dépassement constaté.

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

3.2 Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

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

3.3 Effet et cessation de la rente

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

3.4 Modalités de règlement

La rente annuelle est payable à l'assuré, par douzième, à la fin de chaque mois civil.

Article 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

Montant de la rente

Taux égal ou supérieur à 66 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 100 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale française.

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

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 6), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale française :

$100 \% \times (3/2) \times N$

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

Dans tous les cas, les revenus de l'assuré sont limités à **100 % du salaire net imposable** correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6) dans les conditions prévues à l'article 3.

Effet et cessation de la rente, revalorisation

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

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

- avis d'interruption de travail dûment complété par le souscripteur,
- attestation de l'employeur mentionnant les salaires (bruts et nets imposables) de la période retenue pour la base des prestations,
- le certificat médical du médecin traitant,
- le certificat médical détaillé, fourni par l'assureur, à adresser au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail,
- décomptes et notifications de la Sécurité sociale française,
- s'agissant d'un assuré reprenant le travail mais toujours indemnisé par la Sécurité sociale française (mi-temps thérapeutique ou 1ère catégorie d'invalides) : attestations de salaire,
- s'agissant d'un assuré classé en 1ère catégorie d'invalides et ne travaillant pas : déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle,
- le cas échéant, attestation et décompte des prestations du Pôle Emploi,
- photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance,
- à la mise en place de la rente d'invalidité, et chaque année, la copie du dernier avis d'imposition,
- en cas de rupture du contrat de travail, ou bien lorsque l'assuré souhaite recevoir sa rente d'invalidité par virement : un relevé d'identité bancaire.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

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

Lorsque l'assuré ne justifie pas du nombre d'heures de travail nécessaire à l'ouverture des droits auprès de la Sécurité sociale française, l'assureur détermine sa prestation comme si l'assuré avait bénéficié des prestations correspondantes de la Sécurité sociale française. Dans ce cas, un certificat du médecin traitant est exigé, sur formulaire prévu à cet effet par l'assureur.

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

Article 6 - CONTROLE MEDICAL

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de l'assuré. Dans ce cas, les honoraires du médecin chargé par l'assureur de réaliser cette expertise sont réglés par l'assureur.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception; elles peuvent conduire l'assureur à cesser, refuser ou réduire le versement de ses prestations.

Ces conclusions s'appliquent indépendamment de l'indemnisation par la Sécurité sociale française.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin de l'assureur, il peut faire appel au médecin de son choix. En cas de divergence entre son médecin et celui de l'assureur, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

Article 7 - SUBROGATION

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

Chapitre 5

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Tant que le contrat d'assurance est en vigueur, l'assureur maintient les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 5, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts à l'ancien salarié, au jour de la cessation de son contrat de travail.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

La garantie du présent Chapitre prend effet à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du 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 chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois.

Dans les cas visés à l'article 7, les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent à réception des cotisations additionnelles.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi,
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité,
- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat ou non renouvellement du contrat d'assurance.

Article 4 - MODALITES DU MAINTIEN

La base de l'assurance applicable durant la période de maintien des garanties correspond aux salaires bruts des douze derniers mois d'activité déclarés par le souscripteur à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu (à l'exclusion de tout élément de rémunération lié au départ du salarié), calculée au jour de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié. Toutefois, si le bénéficiaire du maintien avait un contrat de travail de moins de 12 mois, l'assureur rétablit la base de l'assurance sur une base annuelle.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourra conduire à des revenus supérieurs au montant des allocations chômage versées le jour de son arrêt de travail. La base des prestations est reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt, dans le cas où il ne percevait pas d'allocations.

Les garanties maintenues sont celles prévues au titre du contrat d'assurance en vigueur. Elles correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié si celui-ci était toujours salarié de l'entreprise le jour du sinistre.

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

Article 5 - MODALITES D'INFORMATION

5.1 Obligations du souscripteur

Le souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié licencié lors de son départ de l'entreprise. Après l'avoir complété et signé, il transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée.

5.2 Obligations de l'ancien salarié

Il appartient à l'ancien salarié de justifier directement à l'assureur ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à déclarer à l'assureur sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

Article 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'ancien salarié doit fournir les pièces justificatives de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 7 - COTISATION

7.1 En cas de licenciement d'une partie des salariés

Le souscripteur doit à l'assureur une cotisation additionnelle, au titre de la présente garantie, dès que le nombre cumulé de salariés licenciés atteint 5 % de l'effectif assuré sur une période de 3 mois, que le souscripteur doit déclarer selon les modalités visées au Chapitre 1 (article 10).

Cette cotisation additionnelle est calculée en proportion du nombre de salariés licenciés, appartenant à la catégorie assurée, et entraîne une majoration de la cotisation, payable à l'échéance trimestrielle suivante.

7.2 En cas de licenciement de la totalité des salariés

Par dérogation au Chapitre 1 (article 8), la cotisation est payable d'avance, au jour de l'accord de la garantie, lorsque le souscripteur, ou son représentant légal (administrateur ou liquidateur), informe l'assureur que la totalité des salariés sera licenciée et bénéficiaire de la garantie.

Dans ce cas, la procédure de déclaration est la suivante :

- le représentant sollicite le maintien de la garantie tel que décrit à l'article 2, la demande est accompagnée du nombre de bénéficiaires potentiels,
- l'assureur s'engage à transmettre le montant de la cotisation due dans le délai de 10 jours ouvrés à partir de la réception de l'ensemble des éléments en permettant le calcul. A défaut de précision la cotisation est calculée au prorata de la dernière cotisation pour une durée de 12 mois,
- à réception du règlement, la garantie du présent Chapitre prendra effet pour la totalité des bénéficiaires.
