

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire des salariés de l'Etablissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble Ecole de Management

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité de travail des salariés de l'Etablissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble Ecole de Management.

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire n°G0536 (le « Contrat »), souscrit par l'Etablissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble Ecole de Management, ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

Elle constitue un résumé du Contrat, qui comporte des Conditions Générales et Particulières.

1. Objet du contrat d'assurance de groupe

Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet d'offrir une couverture Prévoyance garantissant tout ou partie des risques Décès, Incapacité temporaire de travail et Invalidité, ainsi que des garanties d'assistance au bénéfice des salariés du Souscripteur. L'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information indique les garanties souscrites.

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire.

Il relève des branches : 1. Accident, 2. Maladie, 18. Assistance et 20. Vie-Décès mentionnées à l'article R.321-1 du Code des assurances.

Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française et de rédiger la présente notice d'information en langue française.

La loi applicable au contrat relatif à la présente notice d'information est la loi française et plus spécifiquement le droit des assurances.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

2. Population assurée

Le Souscripteur s'engage à faire bénéficier des garanties qu'il a souscrites la totalité de son personnel, actuel et futur.

3. Date de prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour le salarié, ci-après dénommé « Assuré » :

- A la date de prise d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information lorsqu'il est présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date, sous réserve qu'il entre dans la catégorie de personnel bénéficiant de la couverture du contrat relatif à la présente notice d'information,
- A compter de sa date d'entrée dans l'entreprise lorsqu'il est embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information, sous réserve qu'il entre dans la catégorie de personnel bénéficiant de la couverture du contrat relatif à la présente notice d'information,
- Le cas échéant, à compter de sa date d'entrée dans la catégorie de personnel bénéficiant de cette couverture, pour le salarié changeant de statut, sous réserve qu'il entre dans la catégorie de personnel bénéficiant de la couverture du contrat relatif à la présente notice d'information.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet des garanties sont couverts au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

4. Suspension des garanties

Le droit à garantie est suspendu pour l'Adhérent dès la date de suspension du contrat de travail de l'Adhérent sauf maintien au moins partiel du salaire, versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur qu'elles soient versées directement par lui ou par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce dernier cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La cotisation correspondante au maintien des garanties est due pendant toute la durée de la période de suspension du contrat indemnisée dans les conditions prévues à l'Article 17.1 - « Taux et assiette des cotisations » de la présente notice d'information.

En outre, les garanties sont suspendues de plein droit pour les Adhérents, en cas de période non rémunérée par le Souscripteur, et notamment à compter de la date de début de :

- Congé sabbatique de l'Adhérent visé aux articles L.3142-28 et suivants du Code du travail,

- Congé parental d'éducation de l'Adhérent visé à l'article L.1225-47 du Code du travail,
- Congé pour création d'entreprise de l'Adhérent visé à l'article L.3142-105 du Code du travail,
- Périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivités de l'Adhérent,
- Ou tout autre congé non rémunéré.

La période de suspension des garanties prend fin à la date de la reprise effective du travail de l'Adhérent.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation ni aucune prestation ne sont dues au titre de chaque adhésion suspendue.

5. Cessation des garanties

Sous réserve des stipulations des articles 13. « Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité et de résiliation du contrat d'assurance de groupe » et 14. « Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits » de la présente notice d'information, les garanties cessent pour chaque salarié :

- **A la date d'effet de la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information,**
- **A la date de cessation du contrat de travail liant l'Assuré au Souscripteur ou, le cas échéant, à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie de personnel assurable, personnel couvert par le contrat relatif à la présente notice d'information,**
- **En cas de non-paiement de prime, dans les conditions prévues à l'Article 17.3 - « Défaut de paiement de primes » de la présente notice d'information,**
- **A la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'Assuré,**
- **En cas de décès de l'Assuré, exception faite pour la garantie Double effet,**
- **A la date anniversaire du décès de l'Assuré pour la garantie Double effet.**

6. Formalités d'adhésion et Fausse déclaration

Si, à la date de la demande, l'entreprise souhaitant souscrire le contrat relatif à la présente notice comporte plus de six (6) salariés à assurer au titre du contrat relatif à la présente notice, l'adhésion n'est soumise à aucune formalités.

Les déclarations faites par les Adhérents, les Assurés, au Souscripteur et à l'Assureur, ainsi

que les déclarations faites par le Souscripteur à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, de l'Adhérent ou du Souscripteur tant lors de l'adhésion qu'au cours du Contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le Contrat, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit de résilier le Contrat 10 jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, le ou les Bénéficiaire(s) produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux sera (seront) déchu(s) de son (leur) droit aux prestations telles que décrites dans le Contrat.

7. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du Contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court pas :

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.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de

l'Assuré 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 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Par ailleurs,

- Conformément à l'article L.114-2 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 avis de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent 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. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : la demande en justice, même en référé, 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.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 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.
- Conformément à l'article 2244 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.

- **Conformément à l'article 2245 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.
- **Conformément à l'article 2246 du Code civil :** l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

8. Définitions

Dans le cadre de la présente notice d'information, on doit entendre par :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. Le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'Accident.

Adhérent : Toute personne physique salariée de l'une des entreprises adhérentes au contrat relatif à la présente notice d'information, et qui s'engage à acquitter les cotisations émises aux périodes définies.

Ancien salarié : Personne précédemment liée au Souscripteur par un Contrat de travail et ayant quitté l'effectif du Souscripteur.

Assisteuse : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 3 500 000 euros, inscrite au RCS Nanterre sous le n°433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex.

Assuré : Le salarié du Souscripteur relevant de la population assurée ; telle que définie à

l'Article 2. « Population assurée » de la présente notice d'information

Assureur : L'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **CNP Assurance** (Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 R.C.S. Nanterre – entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux).

Base de garantie : Les garanties sont exprimées en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice d'assurance ou bien en fonction du salaire.

Lorsque la base est définie en fonction du salaire, elle est appelée salaire de base et elle est égale à quatre (4) fois le salaire brut dû à l'Assuré au titre des trois (3) mois ayant précédé le dernier arrêt de travail, le décès ou la date de rupture du contrat de travail, déduction faite de toutes primes, gratifications, compléments de salaire, indemnités diverses et heures supplémentaires. S'ajoute à la somme ainsi calculée le montant des primes, gratifications, compléments de salaire, indemnités diverses et heures supplémentaires versés à l'Assuré au titre des douze (12) mois précédant le dernier arrêt de travail, le décès ou la date de rupture du contrat de travail.

Le salaire de base est plafonné aux tranches contractuelles suivantes :

- Une tranche A ou TA : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Une tranche B ou TB : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond,
- Une tranche C ou TC : partie du salaire annuel brut comprise entre quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois ce plafond.

Le salaire de base d'un Assuré n'ayant pas accompli dans la fonction qu'il occupe le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction d'un salaire reconstitué *prorata temporis*.

Lorsque le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survient après une période d'incapacité de travail, le salaire de base est revalorisé sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO entre la date du premier jour d'arrêt et celle de l'événement.

Lorsque les garanties prévues au contrat sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail, la base de garantie est égale à l'assiette de cotisations.

Concubin : Personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Assuré dans le

cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).
Le Concubin est assimilé au Conjoint.

Conjoint : Personne mariée à l'Assuré, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le cadre du contrat relatif à la présente notice d'information, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

Délégataire de gestion : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. Il s'agit de **HENNER - SAS** de gestion et de courtage d'assurances au capital de 8 212 500 euros, RCS Nanterre B 323 377 739, N°ORIAS 07002039 Siège social : 14, boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine.

Enfant à charge : Sont considérés comme Enfants à charge :

- Les enfants mineurs de l'Assuré et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, y compris ceux nés ou à naître dans les 300 jours après le décès de celui-ci, fiscalement à la charge de l'Assuré ou recevant de l'Assuré une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré ;
- Les enfants majeurs de l'Assuré et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans s'ils sont fiscalement à la charge de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré, ou non imposables.
 - être âgés de moins de 26 ans, s'ils sont fiscalement à la charge de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré, ou non imposables, et s'ils justifient, soit :
 - de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou

professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées ;

- d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissements et services d'aide par le travail) en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation d'âge en cas d'invalidité reconnue avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale.

La qualité d'Enfant à charge s'apprécie à la date de survenance du sinistre.

Enfant à naître : L'Enfant né viable dans les dix (10) mois qui suivent le décès de l'Adhérent.

Fraude à l'assurance : Est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré(e), effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect. Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du Contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

Partenaire : Personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexes différents ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).
Le Partenaire est assimilé au Conjoint.

Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères : Sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à « risques plus élevés » de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins

d'un an pour le compte d'un État ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L.561-18 et R.561-18 -I du Code monétaire et financier.

La qualité de PPE couvre également les membres directs de la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R.561-18 II et III du Code monétaire et financier).

Réclamant : Toute personne formulant un mécontentement auprès de l'Assureur/l'Assisteur (assuré, bénéficiaire, ayants droits, y compris leurs mandataires, anciens clients, prospects)

Souscripteur : L'entreprise (personne morale) qui signe le contrat au bénéfice de ses salariés. Il s'agit de l'**Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management**, Société Anonyme à Conseil d'Administration au capital de 29 237 000 euros, enregistrée au RCS de Grenoble sous le n°817 389 141, dont le siège social est situé 12, rue Pierre Séward - 38000 Grenoble.

9. Situation familiale

Les prestations garanties peuvent dépendre de la situation de famille de l'Assuré au moment de la réalisation d'un événement.

10. Base des garanties

Les prestations sont calculées à partir d'une base, dénommée Base de garantie, définie à l'Article 8. « Définitions » et précisée en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information selon le risque garanti.

11. Mise en œuvre des garanties

11.1 - Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Assuré ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le Souscripteur tient à la disposition de l'Assuré une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales au Médecin-Conseil de l'Assureur.

L'Assuré et les bénéficiaires du contrat relatif à la présente notice peuvent transmettre tout document

à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances :

CNP Assurances
Protection Sociale
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 96938
95905 Cergy Pontoise Cedex 9

11.2 - Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhérent et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'Adhérent qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires de gestion dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue.

L'Adhérent qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'Adhérent peut contester sa décision en lui adressant sous pli fermé et confidentiel, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'Adhérent et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par toute voie de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

12. Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises aux Assurés exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français.

Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de missions professionnelles de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, ou lors de déplacements privés, hors du territoire français excepté les pays figurant sur la liste des destinations formellement déconseillées par le Ministère des Affaires étrangères français.

13. Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité et de résiliation du contrat d'assurance de groupe

13.1 - Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

L'Assuré qui, par suite d'une incapacité de travail ou d'une invalidité est indemnisé par la Sécurité sociale, continue de bénéficier des autres garanties prévues par le contrat relatif à la présente notice d'information au moment de l'arrêt de travail. Les cotisations ne sont dues que proportionnellement aux rémunérations effectivement perçues par l'Assuré du fait de l'application d'obligations législatives, conventionnelles ou contractuelles (accord d'entreprise), ou d'une activité réduite.

13.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe

En cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, les garanties liées au décès et à la PTIA sont maintenues pour les Assurés en incapacité de travail ou en invalidité à cette date, tant que cet état se poursuit et dans la limite de la garantie.

Ce maintien s'applique également aux salariés dont l'incapacité de travail lors de la résiliation se transforme ultérieurement en invalidité permanente.

13.3 - Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré, excepté en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,**
- **en cas de décès de l'Assuré,**
- **en cas de règlement du capital PTIA,**
- **à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.**

14. Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

14.1 - Population assurable - Conditions d'admission

- a) L'Assuré bénéficie du maintien temporaire à

titre gratuit de la couverture « Prévoyance », sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- cessation de son contrat de travail chez le Souscripteur :
 - postérieurement à la date de prise d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information,
 - non consécutive à une faute lourde,
 - ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.
- S'il a ses droits à indemnisation ouverts au titre de son adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information avant la cessation de son contrat de travail.
- Et sous réserve que le contrat d'assurance liant le Souscripteur et l'Assureur, faisant l'objet de la présente notice, soit toujours en vigueur.

- b) Pour pouvoir bénéficier du maintien de couverture au titre de la portabilité des droits, l'Ancien salarié doit fournir à l'Assureur le justificatif de son inscription en tant que demandeur d'emploi puis les justificatifs d'ouverture de ses droits au régime obligatoire d'assurance chômage (indiquant la date de prise en charge par l'assurance chômage et la date de fin de prise en charge) et de versement de l'allocation chômage dont il bénéficie. En cas de liquidation par l'Ancien salarié de ses droits à la retraite, il devra en indiquer la date à l'Assureur.

14.2 - Prise d'effet, durée et cessation des garanties

14.2.1 - Prise d'effet des garanties

Les garanties sont maintenues à compter de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve de la remise des documents visés à l'Article 14.1 - « Population assurable - Conditions d'admission » et sous réserve du paiement de la prime.

14.2.2 - Durée de la portabilité

La couverture « Prévoyance » est maintenue pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage de l'Ancien salarié dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

La durée du maintien des garanties est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois à compter de la date de cessation du dernier contrat de travail. La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause d'Accident, de maladie ou de maternité, n'a pas d'incidence sur la

durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

14.2.3 - Cessation des garanties

Le droit à garantie au titre du maintien de la couverture « Prévoyance » cesse :

- **lorsque l'Ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale pour bénéficiaire du maintien de la garantie et notamment en cas d'interruption ou de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage (ne découlant pas d'un Accident, d'une maladie ou d'une maternité). Dans ce cas, l'Ancien salarié doit informer l'Assureur, par lettre recommandée adressée dans les 72 heures, de sa nouvelle situation,**
- **en cas de reprise d'un nouvel emploi,**
- **ou à l'issue de la durée de la période de portabilité telle que fixée selon les conditions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et précisées dans la présente Notice d'information,**
- **au jour du décès de l'Assuré,**
- **et en tout état de cause, dans tous les cas précisés dans la présente notice d'information sauf cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information.**

14.3 - Prise d'effet, durée et cessation des garanties

L'ensemble des garanties du contrat d'assurance relatif à la présente notice d'information souscrites par le Souscripteur est maintenu.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des Assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

14.4 - Base des prestations

Les prestations sont calculées en fonction du salaire de base de l'Ancien salarié à la date de rupture du contrat de travail ou en fonction du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice d'assurance.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'Ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

14.5 - Justificatifs à fournir

Pour toute demande de prestations, l'Assuré devra fournir, outre les justificatifs indiqués à la partie « Paiement des sommes assurées » des différentes garanties de la présente notice d'information, une attestation de prise en charge au titre de

l'assurance chômage, datée du mois de survenance du sinistre.

15. Revalorisation des prestations

15.1 - Champ d'application

Sont revalorisables :

- les prestations Rentes Education
- les prestations Rentes de Conjoint
- les prestations Rentes Invalidité

15.2 - Revalorisation des prestations

La première revalorisation des prestations intervient le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations.

La revalorisation est effectuée, sauf disposition particulière, sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel le sinistre s'est produit et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

15.3 - Plafond de revalorisation

Le montant global des revalorisations est limité à 2% maximum par an du montant des prestations visées à l'Annexe 3 « Garanties ».

15.4 - Revalorisation en cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information

En cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, les prestations périodiques en cours de service sont maintenues au niveau atteint à cette date et se poursuivent jusqu'au terme de chaque garantie. En l'absence d'organisme assureur repreneur, les prestations sont revalorisées dans les conditions prévues à l'Article 15.2 - « Revalorisation des prestations ». En cas de changement d'organisme assureur les revalorisations ultérieures ne sont plus versées à compter de la date de résiliation du contrat.

15.5 - Revalorisation de la garantie en cas de décès de l'Adhérent

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'Article 22.5 - « Paiement des sommes assurées » de la présente notice d'information, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

16. Engagement de l'Assureur

Le montant de la (des) prestation(s) due(s), lié au décès ou à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré, est limité à 80 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du sinistre.

Les capitaux garantis ainsi que les capitaux constitutifs de rente(s) à servir doivent être pris en compte pour le calcul de cette limite.

17. Cotisations

17.1 - Taux et assiette des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, dont le montant est obtenu par application à l'assiette des cotisations des taux définis au contrat liant le Souscripteur et l'Assureur.

L'assiette des cotisations est constituée par la rémunération brute annuelle de l'Assuré déclarée par le Souscripteur à l'administration des impôts ; cette rémunération est plafonnée aux tranches contractuelles telles que définies à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des résultats du contrat relatif à la présente notice d'information.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à maintien des garanties tel que prévu à l'Article 4. « Suspension des garanties » de la présente notice d'information l'assiette de cotisations correspond au montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, revenu de remplacement, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

La reprise éventuelle des risques en cours ou l'extension des garanties aux personnes absentes en raison de maladie, congé parental, formation ou création d'entreprise, peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique mentionnée à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

17.2 - Paiement de la cotisation

La cotisation annuelle est payable trimestriellement à terme échu dans les trente (30) premiers jours suivant chaque échéance. Pour ce faire, le Souscripteur procède lui-même au calcul de la cotisation due et à son versement à l'Assureur.

La cotisation à la charge de l'Assuré est prélevée sur son salaire et en cas de suspension du contrat

de travail donnant lieu à maintien des garanties, dans les conditions définies par le Souscripteur.

17.3 - Défaut de paiement de primes

A défaut de paiement d'une prime annuelle ou d'une fraction de prime annuelle dans ce délai, l'Assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure au Souscripteur dix (10) jours au plus tôt après l'échéance impayée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la possibilité de procéder à la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

Lorsque l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Assureur ne peut faire usage des dispositions ci-dessus relatives à la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information. Le cas échéant, le défaut de paiement entraînera le versement d'intérêts de retard égaux à 1% des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité, sans préjudice du droit pour l'Assureur de faire valoir ses droits en justice.

18. Notice d'information

Le Souscripteur remet aux Assurés à l'entrée dans l'assurance et à chaque modification apportée aux garanties, la présente notice d'information établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice d'information à l'Assuré.

19. Modification des garanties

Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois (3) mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

20. Renseignements – Réclamations – Médiation

Les demandes d'information ou de réclamation sont à réaliser selon les indications précisées à l'Annexe 1 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

En cas de contestation d'une décision médicale prise par le Médecin-Conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision conformément à la procédure décrite aux articles 28.4 - « Contrôle » et 28.5 - « Conciliation » de la présente notice d'information.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur ou l'Assisteur le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**,
- ou sur le site internet www.mediation-assurance.org.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

21. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest - CS 02459 – 75436 Paris cedex 09.

22. Garantie Décès toutes causes

22.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital proportionnel à la base des garanties précisées à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti est précisé en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information. Il peut dépendre de la situation de famille de l'Assuré au moment de l'événement.

22.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) tels que définis à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

Peut constituer l'une des conditions de nature à justifier cet état, le versement d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement en 3ème catégorie ou d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité égal à 100%.

L'Assureur se réserve le droit de faire pratiquer un examen médical à ses frais auprès d'un médecin désigné par ses soins.

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

Le capital garanti fixé en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA. Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

La PTIA doit être constatée par l'Assureur pendant la durée du contrat relatif à la présente notice d'information.

22.3 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,**
- **LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,**
- **LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,**

- **LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,**
- **LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.**

22.4 - Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à son Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou à son Partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ou à son Concubin dont la vie commune avec l'Assuré présentait un caractère de stabilité et de continuité au moment du décès de l'Assuré,
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut à ses autres héritiers par parts égales entre eux, selon la dévolution successorale.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les Bénéficiaires de son choix. A défaut de désignation particulière, le capital sera réglé selon la clause type ci-dessus.

Pour ce faire, le Souscripteur remet à l'Assuré un document établi par l'Assureur et relatif à la désignation de Bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix.

La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du Bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des Bénéficiaires. Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient Bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous signature privée signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des Bénéficiaire(s) ou à son (ses) représentant(s) légal (légaux).

Le capital garanti en cas de PTIA est versé à l'Assuré ou à son représentant légal pour le compte de l'Assuré.

Les majorations résultant de la situation de famille de l'Assuré ne sont versées qu'aux personnes en considération desquelles elles ont été prévues.

22.5 - Paiement des sommes assurées

LES DEMANDES DE PRESTATIONS COMPORTANT LES ELEMENTS NECESSAIRES A LA DETERMINATION DU CAPITAL GARANTI DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ASSUREUR DANS LES SIX (6) MOIS QUI SUIVENT L'EVENEMENT OUVRANT DROIT A LA GARANTIE, ACCOMPAGNEES DES PIECES SUIVANTES ; ETANT PRECISE QUE PASSE CE DELAI LA PRESTATION N'EST DUE QU'A COMPTER DE LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE

DES PIÈCES REQUISES, SOUS RESERVE DE L'ARTICLE 7. « PRESCRIPTION » SUPRA :

- En cas de décès

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause du décès,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des Bénéficiaire(s) ainsi que la désignation de Bénéficiaire(s) éventuelle,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial,
- un relevé d'identité bancaire du ou des Bénéficiaire(s) ou de son (ses) représentant(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des Bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

- En cas de PTIA

- la notification de la décision de Sécurité sociale classant l'Assuré en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100% au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles,
- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant si possible la cause de la PTIA,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie de l'Assuré précédant l'arrêt de travail initial,
- un relevé d'identité bancaire de l'Assuré ou, le cas échéant, de son représentant,
- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.

▪ **Assuré marié**

- un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales, une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le Conjoint, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire,

▪ **Assuré ayant conclu un pacte civil de solidarité**

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, et à compter du 1^{er} novembre 2017 par l'officier d'état civil de la mairie ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé,

▪ **Assuré ayant des Enfants à charge**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété,
- une copie de l'avis d'imposition de l'Assuré et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- pour les Enfants à charge de plus de 21 ans : un certificat de scolarité délivré par un établissement agréé,
- un certificat de scolarité pour les Enfants à charge assurés sociaux de plus de 16 ans ou étudiants concernés âgés de plus de 20 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la 1^{ère} inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion pour les Enfants à charge en situation d'invalidité,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge concernés.

Lorsque le montant du capital dépend de la situation familiale de l'Assuré :

Dans tous les cas et selon la qualité du (des) Bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation :

- Conjoint :
 - les pièces visées ci-dessus pour un Assuré marié,
- Partenaire :
 - les pièces visées ci-dessus pour un Assuré ayant conclu un pacte civil de solidarité,
- Concubin :
 - une attestation de concubinage délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.
- Enfants :
 - un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.
- Bénéficiaire nommément désigné :
 - un extrait d'acte de naissance,
 - une photocopie de la pièce d'identité
- Héritiers :
 - un acte de notoriété, un certificat d'hérédité,
 - une photocopie de la Carte Nationale d'Identité.

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'Article 22.4 - « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

23. Garantie Décès accidentel

23.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital proportionnel à la base des garanties précisées à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré suite à un Accident, tel que défini à l'Article 8. « Définitions » survenant pendant la période de garantie.

L'étendue et le montant du capital garanti sont précisés en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

23.2 - Définitions

L'Accident est défini à l'Article 8. « Définitions ».

Le Décès ou la PTIA est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'Accident.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est définie à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

Le capital garanti fixé à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA accidentelle aura été apportée. L'assurance en cas de décès accidentel prend fin lors du règlement du capital PTIA accidentelle. Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA accidentelle et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès accidentel qui sera versé.

23.3 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,**
- **LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,**
- **LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,**
- **LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,**

- **LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.**

23.4 - Bénéficiaires

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'Article 22.4 - « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

23.5 - Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être adressées au Souscripteur et accompagnées :

- des pièces définies à l'Article 22.5 - « Paiement des sommes assurées » de la présente notice d'information,
- de toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'Accident et le Décès ou la PTIA.

24. Garantie Double effet

24.1 - Objet et montant

Dans le cas où simultanément ou postérieurement au décès et au plus tard dans un délai d'un an à compter du décès de l'Assuré et sous la condition que le contrat relatif à la présente notice d'information soit toujours en vigueur, le Conjoint viendrait lui-même à décéder pendant ce délai et avant la date de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite en laissant, à la date de son décès, un ou plusieurs Enfants à charge selon les modalités définies à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information, il est garanti un capital à répartir, par parts égales, entre les Enfants à charge.

Le montant du capital est précisé en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

24.2 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**

- **LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,**

- **LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,**

- **LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,**

- **LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,**

- **LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,**

- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,**

- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,**

- **LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.**

24.3 - Bénéficiaires

Le capital est versé sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Enfant (des Enfants) à charge.

24.4 - Paiement des sommes assurées

LES DEMANDES DE PRESTATIONS COMPORTANT LES ELEMENTS NECESSAIRES A LA DETERMINATION DE LA GARANTIE DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ASSUREUR DANS UN DELAI DE SIX (6) MOIS A COMPTER DE L'EVENEMENT OUVRANT DROIT A LA GARANTIE, ACCOMPAGNEES DES PIECES SUIVANTES ; ETANT PRECISE QUE PASSE CE DELAI LA PRESTATION N'EST DUE QU'A COMPTER DE LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIECES REQUISES, SOUS RESERVE DE L'ARTICLE 7. « PRESCRIPTION » SUPRA :

- un extrait d'acte de décès du Conjoint de l'Assuré,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de l'événement,

- un extrait d'acte de naissance pour chacun des Enfants à charge,
- une copie de l'avis d'imposition du Conjoint et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- un certificat de scolarité pour les Enfants à charge assurés sociaux de plus de 16 ans ou étudiants concernés âgés de plus de 20 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la 1ère inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi, pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion pour les Enfants à charge en situation d'invalidité,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge concernés,
- un relevé d'identité bancaire de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge.

25. Garantie Rente éducation

25.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire au profit de chaque Enfant à charge de l'Assuré en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de ce dernier survenant pendant la période de garantie. Le montant de cette prestation est précisé en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

25.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La notion de PTIA est définie à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

Lorsque l'Assuré décède alors que la rente éducation est déjà servie au titre de la PTIA, la prestation continue d'être versée pour son montant initialement prévu.

25.3 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,**
- **LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,**
- **LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,**
- **LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,**
- **LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.**

25.4 - Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont les Enfants à la charge de l'Assuré à la date de l'événement, selon les

modalités définies à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

La prestation est alors versée à l'Enfant à charge :

- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 21^{ème} anniversaire,
- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 26^{ème} anniversaire s'il justifie, soit :
 - de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employé dans un ESAT (Etablissements et services d'aide par le travail) en tant que travailleurs handicapés.
- quel que soit son âge en cas d'invalidité reconnue avant le 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale.

25.5 - Paiement des sommes assurées

LES DEMANDES DE PRESTATIONS COMPORTANT LES ELEMENTS NECESSAIRES A LA DETERMINATION DE LA RENTE GARANTIE DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ASSUREUR DANS UN DELAI DE SIX (6) MOIS A COMPTER DE L'EVENEMENT OUVRANT DROIT A LA GARANTIE, ACCOMPAGNEES DES PIECES SUIVANTES ; ETANT PRECISE QUE PASSE CE DELAI LA PRESTATION N'EST DUE QU'A COMPTER DE LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIECES REQUISES, SOUS RESERVE DE L'ARTICLE 7. « PRESCRIPTION » SUPRA :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré ou les pièces pouvant justifier la PTIA,
- un certificat médical attestant du décès ou pouvant justifier la PTIA et précisant si possible la cause de l'événement,

- un extrait d'acte de naissance pour chacun des Enfants à charge,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie de l'Assuré précédant le décès ou l'arrêt de travail initial,
- une copie de l'avis d'imposition de l'Assuré et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- un certificat de scolarité pour les Enfants à charge assurés sociaux ou étudiants concernés âgés de plus de 20 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la 1^{ère} inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi, pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion pour les Enfants à charge en situation d'invalidité,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge concernés,
- un relevé d'identité bancaire de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge.

Les pièces relatives aux études poursuivies par l'Enfant à charge ou à son invalidité doivent être fournies pour le 30 novembre au plus tard chaque année ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie : une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 2 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie » de la présente notice d'information) ainsi que les pièces justificatives liées à leur situation pour les Enfants à charge âgés de plus de 20 ans ou en situation d'invalidité doivent être produites chaque année. La rente est versée à l'Enfant à charge bénéficiaire. Elle débute le jour du décès ou de la PTIA de l'Assuré : un *pro rata* est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès ou de la PTIA de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Le service de la rente cesse :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel le Bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution visées à l'Article 22.4 - « Bénéficiaires » de la présente notice d'information,
- au plus tard, en tout état de cause, à la fin du trimestre civil au cours duquel le Bénéficiaire décède.

26. Garantie Rente de Conjoint

26.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire au profit du Conjoint de l'Assuré, en cas de décès de ce dernier survenant pendant la période de garantie. L'étendue et le montant de cette prestation sont précisés en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

26.2 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,**
- **LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,**
- **LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,**
- **LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,**

- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,**
- **LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,**
- **LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.**

26.3 - Bénéficiaire

Le Bénéficiaire de la rente est :

- le Conjoint de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif ou non divorcé.
- le Partenaire dont le pacte civil de solidarité n'est pas rompu au moment du décès de l'Assuré.
- le Concubin dont la vie commune avec l'Assuré présentait un caractère de stabilité et de continuité au moment du décès de l'Assuré.

La prestation est servie :

- pour la rente temporaire : jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le Bénéficiaire peut prétendre à une pension de réversion d'un régime légal ou conventionnel,
- en tout état de cause au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le Conjoint ou Partenaire de PACS se remarie, conclut un nouveau pacte civil de solidarité, se réengage dans une relation de concubinage, ou décède.

26.4 - Paiement des sommes assurées

LES DEMANDES DE PRESTATIONS COMPORTANT LES ELEMENTS NECESSAIRES A LA DETERMINATION DE LA RENTE GARANTIE DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ASSUREUR DANS UN DELAI DE SIX (6) MOIS A COMPTER DE L'EVENEMENT OUVRANT DROIT A LA GARANTIE, ACCOMPAGNEES DES PIECES SUIVANTES ; ETANT PRECISE QUE PASSE CE DELAI LA PRESTATION N'EST DUE QU'A COMPTER DE LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIECES REQUISES, SOUS RESERVE DE L'ARTICLE 7. « PRESCRIPTION » SUPRA :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de l'événement,
- les pièces justificatives de la qualité du Bénéficiaire : un extrait d'acte de naissance obligatoirement, un extrait d'acte de mariage ou

une attestation du pacte civil de solidarité établie, après la date du décès de l'Assuré, par le greffe du tribunal d'instance ou une attestation de concubinage délivrée par la mairie (ou à défaut, une attestation avec deux témoins du concubinage accompagnée d'une facture établie aux deux noms),

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du Bénéficiaire et, le cas échéant, de son ou ses représentants,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- un relevé d'identité bancaire du Bénéficiaire ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

Chaque 1^{er} janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 2 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie » de la présente notice d'information) ; **faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie ; elle est versée au Bénéficiaire, et débute le jour du décès de l'Assuré : un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

27. Garantie Frais d'obsèques

27.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital proportionnel à la base des garanties précisées à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information, en cas de décès de l'Assuré et/ou de son Conjoint et/ou d'un Enfant à sa charge âgé de 12 ans et plus (sous réserve du respect des dispositions légales en la matière) survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti et les personnes couvertes par cette garantie sont précisés en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

27.2 - Bénéficiaires

Le capital garanti est versé par l'Assureur à la personne physique ou à l'organisme de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti défini à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

En ce qui concerne le solde éventuel du capital garanti en cas de décès de l'Assuré, la désignation de Bénéficiaire(s) est régie par les stipulations de

l'Article 22.4 - « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

En cas de décès du Conjoint et/ou d'un Enfant à sa charge âgé de 12 ans et plus, le solde éventuel du capital garanti est versé à l'Assuré ou selon les modalités de l'Article 23.4 - « Bénéficiaires » de la présente notice d'information en cas de décès de l'Assuré.

27.3 - Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la garantie doivent être adressées à l'Assureur, accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
- une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour ou une attestation du pacte civil de solidarité ou une attestation de concubinage délivrée par la mairie (ou à défaut, une attestation avec deux témoins du concubinage accompagnée d'une facture établie aux deux noms).

- **S'il s'agit de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques :**

- la facture des prestations réalisées,
- un extrait K Bis de moins de 3 mois,
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'organisme de Pompes Funèbres.

- **S'il s'agit de la personne physique ayant réglé les obsèques :**

- la facture originale acquittée au nom de la personne physique,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
- un relevé d'identité bancaire à son nom ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

Quant au règlement du solde éventuel de la garantie, la demande doit être accompagnée des pièces visées à l'Article 22.5 - « Paiement des sommes assurées » de la présente notice d'information.

28. Garantie Incapacité de travail : incapacité temporaire totale et invalidité permanente

28.1 - Objet et montant

La garantie Incapacité Temporaire Totale a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base des garanties précisée à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice sous forme d'une indemnité journalière à tout Assuré qui

se trouve temporairement dans l'obligation d'interrompre totalement, en raison d'une maladie ou d'un Accident, l'exercice de l'emploi qu'il occupait au moment du sinistre.

La garantie Incapacité Permanente professionnelle a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base des garanties précisée à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré qui se trouve dans l'obligation d'interrompre ou de réduire son activité de manière définitive à la suite d'une maladie ou d'un Accident survenant pendant la période de garantie.

La garantie Invalidité permanente a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base des garanties précisées à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice, sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré se trouvant classé dans l'une des trois catégories d'invalidité de la Sécurité sociale.

L'étendue et le montant de la garantie sont précisés en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information.

28.2 - Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il se trouve, pendant la période de garantie, temporairement inapte, en raison d'une maladie ou d'un Accident, à exercer l'emploi qu'il occupait au moment du sinistre.

La reconnaissance de l'état d'incapacité temporaire totale est acquise dès lors que l'Adhérent perçoit au préalable des indemnités journalières par la Sécurité sociale.

A la reconnaissance de l'état d'incapacité temporaire totale, l'Assuré perçoit, à l'expiration d'un délai de franchise, une indemnité journalière dont le montant est fixé en pourcentage de la 365^{ème} partie du salaire de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail pris en considération pour le décompte de la franchise. La durée du délai de franchise, fixé en Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information, est constituée de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail (intervenues dans les 365 derniers jours précédant l'arrêt de travail en cas de franchise discontinue) pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières.

Le service de cette indemnité est payable par l'Assureur par mois, selon les dispositions précisées à l'Annexe 3 « Garanties » de la présente notice d'information, jusqu'à la cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale

jusqu'à la date de reconnaissance d'un état d'invalidité permanente totale ou partielle et au plus tard jusqu'à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

En cas de rechute, l'indemnisation reprend sans application du délai de franchise.

La rechute est définie comme tout nouvel arrêt de travail ayant pour origine une maladie ou un Accident déjà indemnisé au titre de la garantie « Incapacité Temporaire Totale » et qui se produit dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date de la reprise d'activité.

L'Assuré autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, tout en recevant une indemnité journalière, continuera à recevoir l'indemnité journalière prévue par l'Assureur dans la limite de la garantie souscrite, déduction faite du salaire perçu au titre de cette activité et soumis à charges sociales salariales.

28.3 - Invalidité et incapacité permanentes

28.3.1 - Invalidité permanente

L'Assureur garantit le service d'une rente à l'Adhérent présentant une Invalidité Permanente d'origine non-professionnelle, réduisant sa capacité de travail ou de gain, dès lors que l'Adhérent perçoit une rente au titre de son invalidité permanente par la Sécurité sociale.

Le montant de la garantie est fixé en fonction de la catégorie d'Invalidité de l'Assuré reconnue par la Sécurité Sociale dont la classification est établie à l'article L.314-4 du Code de la Sécurité sociale reproduite ci-après :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 360^{ème} partie du salaire de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

La rente est servie par l'Assureur par mois.

En cas de modification de l'état d'invalidité de l'Assuré, la rente sera ajustée en conséquence.

En cas de cessation de service de la rente quelle qu'en soit la cause, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance

trimestrielle payée par l'Assureur jusqu'au jour de la cessation des arrérages de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale.

28.3.2 - Incapacité permanente professionnelle

L'Assureur garantit le service d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle d'origine professionnelle, si l'Assuré est reconnu définitivement inapte à occuper totalement ou partiellement l'emploi qu'il exerçait au moment du sinistre ou une activité professionnelle socialement équivalente.

Cette reconnaissance est acquise dès lors que l'Adhérent perçoit une rente par la Sécurité sociale au titre de son invalidité permanente d'origine professionnelle.

Le montant dû au titre de la garantie Incapacité Permanente Professionnelle dépend de la détermination du taux d'incapacité permanente professionnelle reconnu par le régime général de Sécurité sociale et régie par l'article L.434-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 360^{ème} partie du salaire de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

Lorsque l'Adhérent ne perçoit pas d'autres ressources qu'une rente invalidité versée par la Sécurité sociale, la rente est servie mensuellement par l'Assureur.

Lorsque l'Adhérent perçoit, en sus d'une rente invalidité versée par la Sécurité sociale, d'autres revenus au titre de son invalidité, versés par l'employeur ou par tout autre organisme, la rente est servie trimestriellement par l'Assureur.

En cas de modification de l'état d'invalidité de l'Assuré, la rente sera ajustée en conséquence.

En cas de cessation de service de la rente quelle qu'en soit la cause, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance payée par l'Assureur jusqu'au jour de la cessation des arrérages de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale.

28.4 - Contrôle

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer une visite médicale auprès de l'Assuré et de mandater à ses frais un médecin à cette fin, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente.

En cas de refus de l'Adhérent de se soumettre à ce contrôle médical, les garanties et les prestations en cours sont suspendues après l'envoi d'une mise en demeure adressée à l'Adhérent par lettre

recommandée avec accusé de réception au dernier domicile connu.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification par lettre recommandée avec avis de réception.

28.5 - Conciliation

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir dans un délai de trois (3) mois un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Le médecin de l'Assuré et le Médecin-Conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-après est mise en œuvre :

L'Assureur invite son Médecin-Conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

28.6 - Règle de cumul

Le cumul de la prestation due par l'Assureur, de la prestation reçue de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, et le cas échéant de la rémunération versée par l'entreprise ne peut à aucun moment excéder 100% du salaire net de l'Assuré.

Le salaire net est calculé à partir du salaire de base tel que défini à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information, duquel sont retirées les charges sociales salariales, la CRDS et la CSG. En cas de dépassement, la prestation de l'Assureur est réduite à due concurrence.

28.7 - Risques non garantis

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- **LES CONSEQUENCES DE TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURE,**

- LES CONSEQUENCES DES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,
- LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,
- LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,
- LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COURSES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,
- LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,
- LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,
- LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L.234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,
- LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,
- LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,
- LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.

28.8 - Paiement des sommes assurées

LES DEMANDES DE PRESTATIONS COMPORTANT LES ELEMENTS NECESSAIRES A LA DETERMINATION DES PRESTATIONS DUES DOIVENT ETRE ADRESSEES A L'ASSUREUR DANS LES SIX (6) MOIS SUIVANT LA DATE D'ARRET DE TRAVAIL ; ETANT PRECISE QUE PASSE CE DELAI LA PRESTATION N'EST DUE QU'A COMPTER DE LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES PIECES

REQUISES, SOUS RESERVE DE L'ARTICLE 7. « PRESCRIPTION » SUPRA :

- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant l'arrêt de travail de l'Assuré,
- les certificats établis par le médecin traitant,
- les originaux des décomptes de la Sécurité sociale justifiant la prise en charge de l'incapacité temporaire de travail au titre du régime de base,
- les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en incapacité permanente ou en invalidité, ainsi que les récépissés successifs de la rente servie par cet organisme,
- toute autre pièce nécessaire à la liquidation des prestations dues, y compris les pièces justifiant le règlement de prestations autres que celles servies par la Sécurité sociale (Attestations de règlement par le Pôle emploi, copie des bulletins de paie correspondant à la période de reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique),
- un relevé d'identité postale du Souscripteur ou, le cas échéant, de l'Assuré (ou de son/ses représentants),
- **Chaque 1^{er} janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie** (selon modèle fourni en Annexe 2 « Modèle de déclaration sur l'honneur valant certificat de vie » de la présente notice d'information) ; **faute de justificatifs, les prestations sont suspendues,**
- **toute autre pièce complémentaire (médicale ou non) demandée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.**

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces sont à adresser dans un délai maximum de trois (3) mois ; à défaut la prestation est suspendue.

Pendant la durée du contrat de travail liant l'Assuré au Souscripteur, les prestations dues par l'Assureur sont réglées au Souscripteur, à charge pour lui de les verser aux Bénéficiaires concernés. Après la rupture du contrat de travail, elles sont réglées directement à l'Assuré.

Le service des prestations cesse :

- **à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,**
- **à la date de fin de service des prestations par la Sécurité sociale,**
- **dans le cadre de la garantie invalidité permanente, à la date de reprise d'une activité à temps complet par l'Assuré,**
- **dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, à la date à laquelle l'Assuré est reconnu apte à exercer une**

activité professionnelle même à temps partiel suite à contrôle médical.

28.9 - Subrogation

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un Accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'Assuré à travailler.

29. Garanties d'assistance

CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 R.C.S. Nanterre – entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 4, Promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux, a souscrit le contrat collectif n°FIC19SAN0142, au profit des salariés de l'Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management et auprès de Filassistance, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

29.1 - Date d'effet, cessation et étendue géographique des garanties

29.1.1 - Date d'effet des garanties

Les garanties d'assistance entrent en vigueur à l'adhésion de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information; sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

L'Assisteur garantit les événements survenus pendant toute la durée de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information; et notamment pendant toute la durée des garanties « Prévoyance » auxquelles elle est associée.

29.1.2 - Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse pour chaque Adhérent :

- en cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, dans ce cas l'Assureur informera les Bénéficiaires de cette résiliation et l'Assisteur,
- en cas de non-paiement de la prime par le Souscripteur dans les conditions définies à l'Article 17.3 - « Défaut de paiement de primes » de la présente notice d'information,
- en cas de résiliation de l'adhésion aux garanties Prévoyance de l'Adhérent.

29.1.3 - Etendue géographique des garanties

Les prestations assistances s'appliquent en France telle que définie à l'Article 8. « Définitions » de la présente notice d'information.

Les prestations garanties (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport, localisation du prestataire, du Bénéficiaire, du Proche ou du Proche parent) sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

29.2 - Délivrance et Règlement des Prestations

29.2.1 - Délivrance des prestations

A défaut de respecter ce délai, sauf cas fortuit ou force majeure, l'Adhérent s'expose à un refus de prise en charge du sinistre.

Les informations transmises par l'Assisteur sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale des professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous quarante-huit (48) heures.

L'Assisteur décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

L'Assisteur intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année.

Toutefois, les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur.

Ainsi, il est indispensable de contacter l'Assisteur, au numéro de téléphone suivant : **+33 (0)1 41 98 50 60 (appel non surtaxé)**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours calendaires suivant l'événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge de la part de l'Assisteur.

À défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par l'Adhérent ne sera remboursée.

29.2.2 - Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de l'Assisteur, l'Adhérent ou

la personne ayant engagé les frais doit obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que l'Assisteur jugerait utile et notamment un certificat médical, un bulletin d'hospitalisation etc.

Le règlement des prestations intervient dans les quinze (15) jours suivant la réception desdites pièces par l'Assisteur, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

29.3 - Cadre des garanties

29.3.1 - Comment contacter Filassistance ?

Téléphone	01 53 21 69 98 (depuis la France)
	+ 33 1 53 21 69 98 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108, Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

29.3.2 - Qui peut bénéficier des garanties ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

29.3.3 - Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance fournies par Filassistance au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

29.3.4 - Quelle est la période des garanties ?

La présente notice d'information prend effet au plus tôt, à compter du 1^{er} janvier 2023 et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Toutefois, le droit à garantie auprès de Filassistance cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n°FIC19SAN0142 ;
- En cas de non-paiement de la prime conformément aux dispositions prévues à l'article L.113-3 du Code des assurances.

29.4 - Définitions

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent personne physique : Salarié de l'Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management, bénéficiant du contrat n°FIC19SAN0142 souscrit auprès de Filassistance.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Atteinte corporelle : Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Ils sont définis à l'Article 29.3.2 - « Qui peut bénéficier des garanties ? » de la présente notice d'information

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n°FIC19SAN0142.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Dépendant : Le proche l'Adhérent qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).

Equipe médicale : Médecin de Filassistance.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de Filassistance, et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine.

Franchise : Part des frais qui reste définitivement à la charge de l'Adhérent.

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf stipulations contraires, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

Incapacité temporaire : Impossibilité temporaire d'une durée minimum de 90 jours, de se déplacer du Domicile au lieu de travail sans l'assistance d'une tierce personne, à la suite d'un accident.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Proches parents : Les ascendants et descendants du 1^{er} degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence : Zone couvrant la France métropolitaine.

29.5 - Mise en œuvre des prestations

29.5.1 - Délivrance des prestations

Filassistance est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter Filassistance, au numéro de téléphone suivant 01 53 21 69 98, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n°FIC19SAN0142. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de

dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de Filassistance.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

29.5.2 - Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de Filassistance, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que Filassistance jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par Filassistance, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

29.5.3 - Conditions d'ordre médicales

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de Filassistance, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de Filassistance de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de Filassistance.

29.5.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations « santé » et informations « juridique et vie pratique »

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Filassistance s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'information relative à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Les prestations d'information juridique dispensées par Filassistance ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. Filassistance ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

29.6 - Exclusions

Filassistance ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclus et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE :

- les frais engagés sans l'accord préalable de Filassistance ;
- les frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel.

Sont également exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de Filassistance les conséquences :

- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- de maladies ou de troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- de toute hospitalisation volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- de toute hospitalisation aux fins de visites médicales de contrôle ou d'exams médicaux préventifs ;
- des hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;

- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

29.7 - Subrogation

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, Filassistance est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer Filassistance de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

29.8 - Détail des prestations garanties

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

29.8.1 - Prestations Accessibles dès l'adhésion

29.8.1.1 - Information santé

Dans le respect du rôle du médecin traitant, l'équipe médico-psycho-sociale de Filassistance apporte aide et informations dans les domaines de la santé (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

Filassistance :

- Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;
- Communique des informations générales sur :
 - Les pathologies (ex : pandémies, ...).
 - Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM, ...) ;
- Communique des informations générales sur la santé au quotidien :
 - Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels.
 - Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique).
 - Trousse de secours (voiture, voyage, ...) : comment la constituer.
 - Automédication : les précautions à prendre.

- Vaccinations.

- Communique des informations générales sur le Bien Vivre :

- Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produits, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise, ...).

- Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :

- Calcul de l'IMC.
- Informations « nutrition » (fiches information, ...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant).

- Bien-être :

- Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires.
- Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information).

- Délivre des informations en matière de :

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail).
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales, ...).

- En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves :

L'équipe médico-psycho-sociale de Filassistance est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer et l'accompagner dans le système de soins, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut également bénéficier d'informations sur :

- Les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions).
- Groupes de paroles.
- L'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter.

29.8.1.2 - Parcours de soins

L'équipe de Filassistance informe l'Adhérent sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès, ... et l'aide dans les démarches (aide à la constitution de dossier).

L'équipe de Filassistance informe également l'Adhérent sur les démarches et les recours possibles en cas de désaccord avec un

professionnel de santé, sans prise en charge financière.

L'équipe de Filassistance aide à la recherche de :

- Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- Établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos, ...
- Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- Fournisseurs en matériel médical.

L'équipe de Filassistance aide et informe l'Adhérent dans l'analyse de devis :

- Le service d'aide à l'analyse de devis de Filassistance est accessible du lundi au samedi de 8h à 20h et est structuré en trois domaines : prothèse dentaire et orthodontie, lunettes et lentilles cornéennes, prothèse auditive.
- A la demande de l'Adhérent, Filassistance l'informe, dans le respect de la confidentialité du traitement des données médicales, sur le contenu des devis que lui soumet l'Adhérent (avantages, inconvénients, solutions alternatives) et sur leur prix par rapport à ses tarifs de référence.

29.8.1.3 - Informations vie pratique et juridique

Filassistance apporte aide et informations dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille).

29.8.1.4 - Accompagnement psychologique en cas de difficultés

Filassistance peut délivrer une écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique.

En cas de nécessité (stress au travail, maladie, difficulté familiale), l'Adhérent peut contacter Filassistance, qui le met en relation avec sa plateforme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, qui lui assurera une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

29.8.1.5 - Les services à la carte (accès aux services à la personne et aux services divers)

Ces services sont accessibles à tout moment.

Filassistance recherche et met en relation l'Adhérent avec l'un des prestataires suivants, sous réserve des disponibilités locales :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie ».
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile, ...).

Filassistance indique à l'Adhérent quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

29.8.1.6 - Prévention des risques cardio-vasculaires

Filassistance informe l'Adhérent sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, l'Adhérent pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

29.8.2 - Prestations Accessibles Aux Bénéficiaires En Cas D'accident Ou De Maladie Au Domicile De L'adhérent

En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

29.8.2.1 - Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

Filassistance apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde,

une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu de survenance de l'Accident ou de la Maladie.

En aucun cas, la responsabilité de Filassistance ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'Adhérent.

29.8.2.2 - Acheminement des médicaments

Filassistance organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile de l'Adhérent, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.

Filassistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile de l'Adhérent, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par l'Adhérent.

Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions maximum par année civile.

29.8.3 - Prestation accessibles en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours de l'Adhérent ou du conjoint

29.8.3.1 - Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'Hospitalisation ou lors du retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise un entretien téléphonique avec l'Adhérent, son Conjoint ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

- Les besoins en services à domicile

Filassistance fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne de l'Adhérent et de sa famille.

- Les droits et les démarches

Filassistance aide l'Adhérent ou son Conjoint dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- Les aides techniques

Filassistance peut informer l'Adhérent ou son Conjoint sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

Filassistance peut mettre en relation l'Adhérent ou son Conjoint avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

29.8.3.2 - Préparation au retour à domicile

Filassistance facilite le retour à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint en prenant en charge l'intervention d'un prestataire afin qu'il procède à la préparation du Domicile (ouverture du Domicile, réalisation de courses et préparation de repas).

Cette prise en charge ne peut dépasser 2 heures et est limitée à 2 événements par année civile.

Les frais liés aux courses ne sont pas pris en charge par Filassistance.

Cette prestation s'applique également en cas d'Hospitalisation à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint (une intervention par Événement).

29.8.3.3 - Accompagnement dans les déplacements

Afin de faciliter les déplacements de l'Adhérent ou de son Conjoint pendant sa convalescence, Filassistance prend en charge deux allers/retours, dans un rayon de 50 Km du Domicile.

Cette prestation est limitée à une intervention par année civile.

29.8.3.4 - Aide à domicile

Filassistance met à disposition de l'Adhérent/de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de Filassistance.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de Filassistance.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par Événement réparties à raison de 2 heures de travail effectif par jour maximum (dans la limite de 40 heures par année civile), pendant les 10 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou la

date de fin d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

Cette prestation s'applique également en cas d'Hospitalisation à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint (une intervention par Evénement).

29.8.3.5 - Jardinage ou petit bricolage

La prestation « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE » n'est pas cumulable avec celle « AIDE A DOMICILE ».

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, la prestation « AIDE A DOMICILE » pourra être remplacée par la prestation « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE ».

Filassistance met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, un jardinier ou un homme toutes mains, afin de le soulager dans l'entretien de son Domicile (jardinage ou petit bricolage).

Filassistance prend en charge la rémunération de l'intervenant à hauteur de 12 heures maximum pendant les 10 jours ouvrés suivant la date de son retour au Domicile.

Cette prestation s'applique également en cas d'Hospitalisation à Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint (une intervention par Evénement).

29.8.3.6 - Garde des enfants âgés de moins de 12 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 12 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, Filassistance organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours maximum et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours maximum.

Si l'Adhérent le préfère, Filassistance pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au Domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;

OU

- le transfert des enfants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

Cette prestation est également accessible en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint de plus de 24 heures suite à un Accident.

29.8.3.7 - Garde ou transfert des bénéficiaires dépendants

Si personne ne peut assumer la garde des Bénéficiaires dépendants, vivant habituellement au Domicile, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, Filassistance organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours maximum.

Si l'Adhérent le préfère, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au Domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;

OU

- le transfert des Bénéficiaires dépendants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

Cette prestation est également accessible en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint de plus de 24 heures suite à un Accident.

29.8.3.8 - Présence d'un proche au chevet

En cas d'Hospitalisation de plus de 3 jours, de l'Adhérent ou de son Conjoint à plus de 50 Km de son Domicile, Filassistance organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou du Conjoint.

29.8.3.9 - Garde des animaux de compagnie

Filassistance organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 15 jours maximum.

À l'issue de la garde organisée par Filassistance, le retour à Domicile de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 km aller/retour maximum.

29.8.4 - Prestation accessible en cas d'hospitalisation de plus de 10 Jours de l'adhérent ou du Conjoint

29.8.4.1 - Téléassistance

Si l'Adhérent ou son Conjoint le demande et pour toute Hospitalisation supérieure à 10 jours, Filassistance met à sa disposition un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné.
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance.
- Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de Filassistance.
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de Filassistance.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

Filassistance prend en charge les frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi qu'un mois d'abonnement.

29.8.5 - Prestations accessibles en cas de chimiothérapie ou radiothérapie de l'Adhérent ou du conjoint

29.8.5.1 - Aide à domicile

Filassistance met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, une aide à Domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins devra être adressé à Filassistance sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de Filassistance.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de Filassistance.

Filassistance prend en charge la rémunération de cette Aide à domicile à concurrence de 2 heures de travail effectif maximum par jour pendant les 2 jours maximum suivant le retour à Domicile, dans la limite de 30 heures par année civile.

29.8.5.2 - Aide à la toilette et à l'habillage

Filassistance met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une intervenante à Domicile et prend en charge sa rémunération à concurrence de 2 heures par jour pendant la semaine qui suit le retour au Domicile, dans la limite de 15 heures par année civile et sous réserve de la réception du protocole de soins de l'Adhérent ou de son Conjoint.

29.8.5.3 - Prise en charge des enfants ou des petits enfants âgés de moins de 12 ans restés à domicile

Si personne ne peut s'occuper des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 12 ans restés seuls au domicile de l'Adhérent, Filassistance organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- leur garde à Domicile pendant une période de 2 jours maximum;

OU

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au Domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;

OU

- leur accompagnement à l'école pendant 2 jours maximum.

Cette prestation sera délivrée dans la limite d'une fois par année civile.

29.8.5.4 - Aide à la recherche de fournisseur de perruques

A la demande de l'Adhérent, Filassistance recherche et lui communique les coordonnées de fournisseurs de perruques.

Le coût des perruques restera à la charge exclusive de l'Adhérent ou de son Conjoint.

29.8.6 - Prestations accessibles en cas de grossesse et de maternité

29.8.6.1 - Information et prévention pendant la grossesse

Filassistance communique à l'Adhérent ou à son Conjoint des informations sur la santé de la femme enceinte et la grossesse (aide à la recherche d'associations, de lieux d'échange dédiés à l'échange d'expérience entre les futures et jeunes mamans, aide à la recherche d'organismes sociaux tels que PMI, etc.).

29.8.6.2 - Informations sur les démarches et aide à la constitution de dossier

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance aide l'Adhérent dans la constitution du dossier lié à la grossesse de l'Adhérent ou de son Conjoint (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

29.8.6.3 - Santé de la femme enceinte

L'équipe médico-psycho-sociale de Filassistance, informe l'Adhérent ou son Conjoint sur l'hygiène de vie de la femme enceinte : alimentation, diététique, nutrition, haptonomie, tabac, etc.

29.8.6.4 - Confort et bien-être

Filassistance aide à la recherche et communique les coordonnées de centres de thalassothérapie post-natale, centres de massages, piscines où l'on propose une activité de bébés nageurs et de professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.

Les frais engagés restent à la charge exclusive de l'Adhérent ou de son Conjoint.

29.8.6.5 - Informations et conseils sur les nouveaux nés

Filassistance communique à l'Adhérent ou à son Conjoint des informations sur les soins à prodiguer (hygiène, bain, toilette, etc.), les rendez-vous santé Petite Enfance et dans le domaine de la prévention : accidents domestiques, nutrition (alimentation, sevrage, etc.).

29.8.6.6 - Aide à domicile en cas de naissance multiple

Filassistance met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de Filassistance.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de Filassistance.

Filassistance prend en charge la rémunération de cette Aide à domicile à concurrence de 8 heures de travail effectif maximum pendant les 15 jours maximum suivant le retour à Domicile de l'Adhérent.

29.8.6.7 - Présence de l'adhérent au chevet de l'enfant hospitalisé, né prématurément

Filassistance organise et prend en charge le transport des parents, au chevet du nouveau-né prématuré et hospitalisé, en mettant à leur disposition un Titre de transport dans la limite de 2 allers/retours maximum par parent et par année civile.

29.8.7 - Prestations accessibles en cas d'accident de l'adhérent

29.8.7.1 - Aide à la poursuite de l'activité professionnelle en cas d'incapacité partielle temporaire de l'adhérent.

Si l'état de santé de l'Adhérent le permet, Filassistance assure l'accompagnement de l'Adhérent de son Domicile à son lieu de travail, dans un rayon de 25 km maximum, à hauteur de 5 allers/retours maximum et d'une prise en charge maximale de 500€ TTC par année civile.

29.8.7.2 - Service de renseignement sur le handicap

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance apporte des informations sur les démarches à suivre en cas de handicap et communique à l'Adhérent toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance du handicap :

- Droits, les régimes de protection juridique.
- Démarches à effectuer.
- Mise en contact le cas échéant de l'Adhérent avec les organismes concernés.

29.8.7.3 - Aide à la constitution de dossier

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance aide l'Adhérent ou le Bénéficiaire dans la constitution du dossier lié au handicap de l'Adhérent (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

29.8.7.4 - Accompagnement médico-psycho-sociale de l'Adhérent et de ses proches parents, présentant un handicap

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise une action médico-psycho-sociale de l'Adhérent et de ses Proches parents qui présenteraient un handicap.

Pour l'Adhérent handicapé :

- Suivi de la prise en charge psychologique et neuropsychologique le cas échéant.
- Suivi de la prise en charge par les professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien...).
- Suivi de la prise en charge en structure spécialisée le cas échéant.
- Organisation de l'intervention d'un spécialiste pour l'aménagement de l'habitat (ergothérapeute ou autre) avec aide à la recherche de financement.
- Informations sur les aides techniques et communication des coordonnées de prestataires proposant des tarifs préférentiels.

Étant précisé que Filassistance ne reçoit aucune rétrocession de ces partenaires et que le coût des frais engagés reste à la charge de l'Adhérent handicapé, il est convenu que ce soit le client final qui puisse bénéficier d'un avantage sous forme de remise.

Pour les aidants :

- L'aide psychologique : individuelle ou en groupe (orientation vers des associations...).
- Les solutions de répit : accueil de jour/hébergement temporaire (aide à la recherche de structures).
- Le droit des aidants (informations sur le statut, les formations...).

Prévention :

- Maintien du lien social
 - Téléassistance (pas de prise en charge).
 - Accompagnement dans les déplacements par un prestataire spécialisé (sans prise en charge).
- Santé/hygiène de vie (information et conseils).
 - Point sur le suivi médical de la personne.
 - Alimentation.
 - Sommeil.
- Réinsertion professionnelle en partenariat avec la MDPH, l'AGEFIPH, CAP EMPLOI.
 - Aide au retour en milieu professionnel.
 - Accompagnement dans les démarches et les prises en charge.
 - Formation (AFPA – PÔLE EMPLOI).
 - Reclassement professionnel.
 - Adaptation de poste.
 - Aide à la création d'entreprise.
 - Activités culturelles et de loisirs (aide à la recherche).
 - Bibliothèque numérique.
 - Cinéma, musique, concerts, etc...
 - Visites de sites culturels.
 - Randonnées.
 - Activités sportives (aide à la recherche).
 - Associations d'handisport (pratique régulière, stages...).
 - Matériel sportif pour handicapés.
 - Activités associatives : bénévolat, volontariat... (aide à la recherche).
 - Vacances adaptées (aide à la recherche).
 - Séjours adaptés.

- Voyages organisés.
- Transports et lieux de vacances accessibles.

29.8.8 - Prestations accessibles en cas d'accident ou de maladie des enfants de l'adhérent ou de son conjoint

29.8.8.1 - Garde de l'enfant âgés de moins de 12 ans malade ou accidenté

En cas de problème médical imprévu ou en cas d'Accident, obligeant l'un des enfants âgé de moins de 12 ans de l'Adhérent à rester au Domicile sans qu'aucune personne ne puisse rester à son chevet, Filassistance organise et prend en charge, 30 heures maximum de garde à Domicile de l'enfant, réparties sur 5 jours consécutifs maximum.

Filassistance prend en charge la garde de l'enfant, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de Filassistance.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé de l'enfant et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de Filassistance.

La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement et sous réserve que l'Adhérent n'emploie pas déjà une assistante maternelle pour la garde de son enfant.

La prestation est limitée à 2 interventions maximum par année civile pour chaque enfant Adhérent.

Si l'Adhérent le préfère, Filassistance peut organiser et prendre en charge la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport.

29.8.8.2 - Ecole à domicile (jusqu'en Terminale) dès le 16ème jour ouvrable d'absence scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'Adhérent l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, Filassistance fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour.

Pour cela Filassistance recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent (ou, le cas échéant dans l'établissement hospitalier si l'enfant est hospitalisé) pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales (français, mathématiques, langues

étrangères (1^{ère} et 2^{nde} langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles), à raison de 10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par an et 500 heures maximum pendant toute la durée du contrat).

Cette prestation ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire pour chacun des enfants de l'Adhérent et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de celui-ci.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

29.8.8.3 - Prestation accessibles en cas d'hospitalisation de l'un des enfants de l'adhérent ou de son conjoint

29.8.8.3.1 - Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 12 ans

Si l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé, et si aucun des parents n'est à même de s'occuper des autres enfants restés au Domicile, Filassistance organise et prend en charge leur garde pendant 2 jours maximum (dans la limite de 10 heures maximum par jour) et assure si besoin, leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours maximum.

Si l'Adhérent le préfère, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au Domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;

OU

- leur transfert chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

29.8.8.3.2 - Frais d'accompagnement pour « le parent au chevet » pour les enfants âgés de moins de 12 ans

En cas d'Hospitalisation de l'un des enfants de l'Adhérent âgés de moins de 12 ans à plus de 50 km du Domicile de l'Adhérent, les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement) seront pris en charge par Filassistance dans la limite de 15€ TTC maximum par jour et pour 5 jours maximum (une seule intervention par année civile).

29.8.9 - Prestation accessibles en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint

29.8.9.1 - Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 12 ans ou des ascendants

En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, Filassistance organise et prend en charge pendant 2 jours maximum, la garde des enfants âgés de moins de 12 ans ainsi que des ascendants vivant habituellement au foyer.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- Soit la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au Domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;
- Soit le transfert des enfants et/ou des ascendants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

Cette prestation peut être mise en place dans les 30 jours suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint.

29.8.9.2 - Mise à disposition de courriers types

En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, Filassistance assure la mise à disposition d'un Proche parent, des « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, PÔLE EMPLOI locales ou Caisse de retraite selon la situation du défunt.
- Etablissements bancaires.
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs (automobile, vol MRH, etc...).
- Mutuelles et Caisses de retraite principales et complémentaires.
- Le Centre des finances publiques (pôle enregistrement).
- La Sécurité sociale.

29.8.9.3 - Avance des frais d'inhumation

Si les Proches parents ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, Filassistance leur accorde une avance dans la limite de 3 000€ maximum contre remise d'un chèque de caution.

Cette avance est remboursable dans un délai de 30 jours à compter de la date de remise par Filassistance de ladite avance.

29.8.9.4 - Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Lors de la survenance du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, Filassistance met en relation un de ses Proches parents avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge.

29.9 - Juridiction compétente

Préalablement à toute action en justice, il est convenu que l'Assisteur et l'Adhérent rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par l'Assisteur ou l'Adhérent.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le Domicile de l'Adhérent.

CNP Assurance

Société Anonyme avec Conseil d'Administration,
au capital de 686 618 477 euros entièrement
libéré, entreprise régie par le Code des
assurances, dont le siège social est 4, Promenade
Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux,
immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro
341 737 062, IDU REP Papiers FR231782_03IAIS

Pour tous renseignements et réclamations portant sur :

- les conditions d'admission dans l'assurance ;
- le règlement des cotisations ;
- un sinistre et sa gestion.

Le Réclamant peut s'adresser à :

HENNER Prévoyance - UG88A - 1, Rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex - Tel : 02 51 88 77 77 - ug88a@henner.fr.

HENNER Prévoyance adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

Pour toute contestation ou mécontentement en ce qui concerne l'analyse de la prise de décision sur son dossier, le Réclamant est invité à contacter :

- par courrier : CNP Assurances – Protection Sociale / Réclamations - TSA 96938 - 95905 Cergy Pontoise Cedex 9,
- par mail : reclamations-fp@cnp.fr.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

Si le Réclamant souhaite avoir communication des informations médicales contenues dans son dossier, il peut s'adresser au **Médecin-Conseil de CNP Assurances - TSA 96938 - 95905 Cergy Pontoise Cedex 9** ou bien par l'intermédiaire de son médecin traitant lequel joindra une lettre de sa part autorisant le Médecin-Conseil de CNP Assurances à lui transmettre les informations.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En cas de contestation d'une décision médicale prise par le Médecin-Conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision conformément à la procédure décrite aux articles 28.4 - « Contrôle » et 28.5 - « Conciliation » de la présente notice d'information.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite et sous réserve qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- ou sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur de l'Assurance formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.



À remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de naissance

Prénoms (selon l'ordre de l'état civil)

Né(e) le **à**

Demeurant (adresse complète)

.....

.....

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser)

Conformément aux dispositions fixées par le contrat d'assurance de groupe :

N° du contrat :

Entreprise :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7 ¹ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1 ² et 313-3 ³ du Code pénal.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire à l'adhésion et la gestion du contrat d'assurance, et est destiné, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

¹ Article **441-7** du Code pénal : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

² Article **313-1** du Code pénal : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

³ Article **313-3** du Code pénal : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie. »



Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n°16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3, Place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, téléphone : 01 53 73 22 22.

Fait à, le
Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)



Garanties du contrat n°G0536 conclu entre
l'Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management
et CNP Assurances

au **01/01/2024**

Référence à rappeler dans toute correspondance

n°G0536

Les garanties souscrites sont les suivantes :

- DECES TOUTES CAUSES : Décès ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie),
- DECES ACCIDENTEL : Décès ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)
- DOUBLE EFFET
- RENTE EDUCATION
- RENTE DE CONJOINT
- FRAIS D'OBSEQUES
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE
- INVALIDITE PERMANENTE
- INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE
- GARANTIES ASSISTANCE

Plafonnement du salaire de base – Base des garanties

Conformément à la définition de la base des garanties prévue à l'Article 8. « Définitions », lorsque la base des garanties est exprimée en fonction du salaire, le traitement de base est plafonné au tranches contractuelles suivantes :

- Une tranche A ou TA : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Une tranche B ou TB : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois ce plafond,
- Une tranche C ou TC : partie du salaire annuel brut comprise entre quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois ce plafond.

Certaines garanties peuvent également être exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.



GARANTIES PRESTATIONS <i>En % du salaire de base brut limité aux tranches A, B et C ou en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)</i>	
GARANTIE DECES TOUTES CAUSES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	
En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré, versement d'un capital égal à :	
- Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	400%
- Marié, partenaire lié par un PACS ou concubin sans enfant à charge	400%
- Célibataire, veuf, divorcé avec un enfant à charge	450%
- Marié, partenaire lié par un PACS ou concubin avec un enfant à charge	450%
- Majoration par enfant à charge supplémentaire	50%
GARANTIE DECES ET PTIA ACCIDENTEL	
En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré suite à un Accident, versement d'un capital égal à :	100% du capital Décès toutes causes
GARANTIE DOUBLE EFFET	
En cas de décès du conjoint survivant de l'assuré, versement d'un capital à répartir entre les enfants à charge, égal à :	100% du capital Décès toutes causes
GARANTIE RENTE EDUCATION	
En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré, versement d'une rente par enfant à charge, égale à :	
- Pour les enfants à charge de 0 à 5 ans	6%
- Pour les enfants à charge de 6 à 15 ans	9%
- Pour les enfants à charge de 16 à 18 ans ou 25 ans si poursuite d'études	15%
GARANTIE RENTE DE CONJOINT⁽¹⁾	
En cas de Décès ou de Perte totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré sans enfant à charge au moment du décès, versement d'une rente temporaire égale à :	10%
GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES	
En cas de Décès de l'Assuré, de son conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans, versement d'un capital égal à :	100% PMSS
En cas de décès d'un enfant à charge de 12 ans et moins :	Indemnisation aux frais réels dans la limite de 100% PMSS
GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale)⁽²⁾	
- Pour les Assurés bénéficiant du maintien de salaire à la charge de l'employeur : A l'expiration de la période d'indemnisation due à 100% par l'adhérent au titre de la CCN (de 30 jours pour une ancienneté de 1 à 3 ans à 90 jours pour une ancienneté de 28 ans et plus. - Pour les Assurés ne bénéficiant pas du maintien de salaire à la charge de l'employeur : A compter du 4 ^{ème} jour d'arrêt de travail sous réserve que celui-ci soit supérieur à 20 jours consécutifs.	
Indemnités journalières	85%
GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE (sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale)⁽³⁾	
Invalidité suite à accident ou maladie privée	
- 1 ^{ère} catégorie	51%
- 2 ^{ème} catégorie	85%
- 3 ^{ème} catégorie	85%
GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE (sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale)⁽²⁾	
Incapacité permanente suite à accident du travail ou maladie professionnelle	
- Pour un taux d'incapacité ≥ à 33% et < à 66%	(3N/2) x 85%
- Pour un taux d'incapacité ≥ à 66%	85%
	(N étant le taux d'incapacité professionnelle)



(1) La rente temporaire de conjoint est versée :

- jusqu'à la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre à la pension de réversion de la Sécurité sociale,
- en tout état de cause, au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le Conjoint ou Partenaire de PACS se remarie, conclut un nouveau pacte civil de solidarité, se réengage dans une relation de concubinage ou décède,
- et dans la limite de 5 ans maximum.

(3) Limitation au salaire net. Ces prestations seront versées par mois.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Sa valeur est de 3 864€ pour l'année 2024.



	Garanties Assistance	Plafond de prise en charge
Dès l'adhésion	Informations santé	Informations téléphoniques
	Informations concernant les parcours de soins	Informations téléphoniques
	Informations vie pratique et juridique	Informations téléphoniques
	Accompagnement psychologique	Informations téléphoniques
	Services « à la carte »	Mise en relation
	Prévention des risques cardio-vasculaires	Informations téléphoniques
En cas d'accident ou de maladie au domicile de l'Adhérent	Recherche d'un médecin	Mise en relation
	Acheminement des médicaments	Prestation d'acheminement des médicaments: - si l'adhérent est immobilisé, et s'il s'agit d'un médicament indispensable - dans un rayon de 50km autour du domicile de l'Adhérent - dans la limite de 2 interventions par année civile
En cas d'Hospitalisation de plus de 3 jours de l'Adhérent ou de son Conjoint	Plan d'aide à la convalescence	Entretien téléphonique
	Préparation au retour à domicile	2 heures maximum par événement dans la limite de 2 événements par année civile. <i>Cette prestation s'applique également en cas d'hospitalisation à domicile (1 fois par évènement)</i>
	Accompagnement dans les déplacements	1 aller-retour maximum par année civile dans la limite de 50 Km autour du domicile.
	Aide à domicile Ou Jardinage/Petit-bricolage	20 heures (avec un maximum de 40 heures par année civile) pendant les 10 jours ouvrés suivant son hospitalisation.
	Cette prestation s'applique également en cas d'hospitalisation à domicile (1 fois par évènement).	12 heures maximum de jardinage ou de bricolage pendant les 10 jours ouvrés suivant son hospitalisation.
	Garde des enfants âgés de moins de 12 ans Ou Venue d'un proche à domicile Ou transfert des enfants chez un proche	Garde et accompagnement à l'école pendant 2 jours maximum
	Cette prestation est également accessible en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures suite à un accident.	Ou un titre de transport aller-retour pour la venue d'un proche Ou un titre de transport aller-retour pour le transfert des enfants chez un proche



	Garanties Assistance	Plafond de prise en charge
En cas d'Hospitalisation de plus de 3 jours de l'Adhérent ou de son Conjoint	Garde ou transfert des bénéficiaires dépendants Ou Venue d'un proche à domicile Ou transfert des bénéficiaires dépendants chez un proche Cette prestation est également accessible en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures suite à un accident.	Garde pendant 2 jours maximum Ou un titre de transport aller-retour pour la venue d'un proche Ou un titre de transport aller-retour pour le transfert des bénéficiaires dépendants chez un proche
	Présence d'un proche au chevet	Un titre de transport aller-retour d'un proche en cas d'hospitalisation à plus de 50 Km du domicile.
	Garde des animaux de compagnie	- Garde à l'extérieur, ou de l'entretien à domicile des animaux de compagnie pendant 15 jours maximum - Retour de l'animal au domicile, à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 Km aller-retour maximum.
	Téléassistance	- Prise en charge des frais de mise en service d'un appareil par foyer - Un mois d'abonnement
En cas de chimiothérapie ou de radiothérapie de l'Adhérent ou de son Conjoint	Aide à domicile	2 heures par jour pendant les 2 jours suivant le retour à domicile (et dans la limite de 30 heures par année civile).
	Aide à la toilette et à l'habillage	2 heures par jour pendant la semaine qui suit le retour au domicile (et dans la limite de 15 heures par année civile).
	Garde des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 12 ans Ou Venue d'un proche à domicile Ou Accompagnement des enfants à l'école Cette prestation est limitée à une fois par année civile	Garde et accompagnement à l'école pendant 2 jours maximum Ou un titre de transport A/R pour la venue d'un proche Ou accompagnement à l'école pendant 2 jours maximum.
	Aide à la recherche de fournisseurs de perruques	Mise en relation
	Informations et prévention pendant la grossesse	Informations téléphoniques
Grossesse et maternité	Informations sur les démarches et aide à la constitution de dossiers	Informations téléphoniques
	Santé de la femme enceinte	Informations téléphoniques
	Confort et bien-être	Mise en relation
	Informations et conseils sur les nouveaux nés	Informations téléphoniques
	Aide à domicile (en cas de naissance multiple)	8 heures maximum pendant les 15 jours suivant le retour à domicile



	Garanties Assistance	Plafond de prise en charge
	Présence de l'Adhérent au chevet de l'enfant hospitalisé, né prématurément	2 Titres de transport A/R maximum par parent et par année civile.
En cas d'accident de l'Adhérent	Aide à la poursuite de l'activité professionnelle	5 A/R maximum dans un rayon de 25 Km dans la limite de 500 € TTC maximum par année civile
	Service de renseignements sur le handicap	Informations téléphoniques
	Aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
	Accompagnement médico-psycho-social de l'Adhérent et de ses proches parents, présentant un handicap	Informations téléphoniques
En cas d'accident ou maladie des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint	Garde des enfants âgés de moins de 12 ans Ou Venue d'un proche à domicile Cette prestation est limitée à 2 interventions maximum par année civile par enfant.	30 heures réparties sur 5 jours consécutifs maximum. Ou un titre de transport A/R pour la venue d'un proche
	École à domicile (jusqu'en terminale) dès le 16^{ème} jour ouvrable d'absence scolaire	10 heures par semaine au maximum et une seule fois par année scolaire (150 heures maximum par an et 500 heures pendant toute la durée du contrat) par enfant et dans un rayon de 25 Km du domicile de celui-ci, hors vacances scolaires d'été et jours fériés.
En cas d'hospitalisation de l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint	Garde des autres enfants âgés de moins de 12 ans Ou Venue d'un proche à domicile Ou Transfert des enfants chez un proche	Garde et accompagnement à l'école pendant 2 jours maximum, dans la limite de 10 heures par jour Ou un titre de transport A/R pour la venue d'un proche Ou un titre de transport A/R pour le transfert des enfants chez un proche
	Frais d'accompagnement pour le « parent au chevet » pour les enfants âgés de moins de 12 ans	15 € maximum par jour et pour 5 jours maximum en cas d'hospitalisation à plus de 50 Km du domicile. Une seule intervention par année civile
En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint	Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 12 ans ou des ascendants Ou Venue d'un proche à domicile Ou Transfert des enfants/ascendants chez un proche Cette prestation doit être mise en place dans les 30 jours suivant la date du décès	Garde pendant 2 jours maximum Ou un titre de transport A/R pour la venue d'un proche Ou un titre de transport A/R pour le transfert des enfants chez un proche
	Mise à disposition de courriers types	
	Avance des frais d'inhumation	3000 euros maximum contre remise d'un chèque de caution.
	Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Informations téléphoniques

