

**Conditions
Générales**

→ **Prévoyance**

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

LA CONTRACTANTE

désignée aux conditions particulières, d'une part,

et

Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé)

RCS Paris 340 427 616 – APE 6511Z

dont le siège social est situé 8-10 rue d'Astorg – 75008 Paris

Entreprise régie par le Code des assurances

et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

61 rue Taitbout – 75009 Paris

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** »,

d'autre part.

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



Sommaire des Conditions Générales

Titre I	Dispositions générales	2
Article 1	Référence légale	2
Article 2	Objet du contrat	2
Article 3	Définitions	2
Article 4	Date d'effet – Durée – Renouvellement et dénonciation du contrat	5
Article 5	Affiliation	5
Article 6	Prise d'effet de l'affiliation et des garanties	6
Article 7	Cessation de l'affiliation et des garanties	6
Article 8	Obligations de la contractante	7
Article 9	Réclamation - Médiation	8
Article 10	Protection des données personnelles – Vie privée	8
Article 11	Cotisation	9
Article 12	Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail	9
Article 13	Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat	10
Titre II	Garanties décès et invalidité absolue et définitive	11
Article 14	Garantie en cas de décès de l'affilié	11
Article 15	Garantie « rente d'éducation »	12
Article 16	Garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident	13
Article 17	Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié	14
Article 18	Garantie « allocation d'obsèques »	15
Article 19	Garanties en cas de décès du conjoint ou partenaire de l'affilié	15
Titre III	Garanties en cas d'arrêt de travail	17
Article 20	Garanties en cas d'arrêt de travail de l'affilié	17
Titre IV	Rente de conjoint	20
Titre V	Revalorisation	21
Article 21	Revalorisation	21
Titre VI	Dispositions particulières	20
Annexe 1	Salarié dont le contrat de travail est suspendu ou travaillant à temps partiel pour raison de santé ou ancien salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable.	20
Annexe 2	Maintien des garanties aux anciens salariés dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (« portabilité »)	24

→ Titre I - Dispositions générales

Article 1. Référence légale

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

Il est constitué des présentes conditions générales, de leurs annexes et des conditions particulières.

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

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à 10 ans pour les garanties décès.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

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

La prescription est également interrompue par :

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

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

Article 2. Objet du contrat

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

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

Article 3. Définitions

ACCIDENT : par le mot « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'affilié ou du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à l'affilié, en application de l'article 1315 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

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

ACTE SOUS SEING PRIVÉ : un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

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

AFFILIÉ : membre du personnel salarié et ancien salarié de la contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières et répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 5.

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

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

ou

- les ascendants de l'affilié qui vivent sous son toit et se consacrent exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'affilié. Ces ascendants sont dénommés aux conditions particulières « ascendants vivant sous le toit de l'affilié ».

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

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

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

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

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

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

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

CONJOINT : conjoint de l'affilié non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

CONTRACTANTE OU SOUSCRIPTEUR : personne morale ou chef d'entreprise qui souscrit le contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

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

1. âgés de moins de 21 ans,
 - sans condition s'il s'agit d'enfants de l'affilié,
 - à la charge du foyer fiscal de l'affilié en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice, s'il s'agit d'enfants du conjoint, partenaire ou du concubin de l'affilié,
2. âgés de moins de 26 ans, qui poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, s'ils sont à la charge du foyer fiscal de l'affilié en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

Pour les enfants justifiant de la poursuite d'études mais non-inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants, seule leur prise en compte dans le quotient familial du foyer fiscal de l'affilié est admise.

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

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

Il est précisé qu'au titre de la garantie Double Effet (article 19-B.), en cas de décès du conjoint ou partenaire survenant après le décès de l'affilié, les enfants doivent être à la charge du foyer fiscal du conjoint ou partenaire de l'affilié en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu, ou sauf s'ils sont étudiants non inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants, ouvrir droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

FRANCHISE : nombre de jours pendant lesquels l'assureur n'intervient pas en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.

La franchise retenue est précisée aux conditions particulières.

HOSPITALISATION : les hospitalisations prises en compte au titre du contrat sont celles qui sont prescrites médicalement et ont lieu à l'hôpital, à la clinique ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle.

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

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

- lorsque la prestation est versée en capital : le capital garanti en cas de décès produit intérêt à compter de la date du décès ;

- lorsque la prestation est versée sous forme de rente : chaque arrérage de rente devenu exigible produit intérêt à compter de la date de son exigibilité.

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

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

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

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

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

PACTE CIVIL DE SOLIDARITE – PACS : un pacte civil de solidarité PACS est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Le PACS devra être justifié, le cas échéant, par un extrait d'acte de naissance de l'affilié avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger, par une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.

PARTENAIRE : personne liée à l'affilié par un PACS.

RÉGIME SOCIAL DE BASE : régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés.

RÉMUNÉRATION DE BASE (OU BASE DE CALCUL DE LA COTISATION) :

La cotisation est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute de chaque affilié telle que définie à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et déclarée, par la contractante, à la Sécurité sociale, incluant la part des indemnités journalières complémentaires pour incapacité temporaire entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale mais à l'exclusion des sommes isolées (indemnités, rappels et reliquats de salaires, primes accordées en dehors de la rémunération normale, dont le paiement intervient au moment du départ du salarié de l'entreprise).

Il est précisé que conformément à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale précité, les prestations de Sécurité sociale versées au bénéfice des affiliés (prestations en espèces de la Sécurité sociale) ne sont pas comprises dans la rémunération annuelle brute servant au calcul des cotisations.

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

- **Tranche A (ou tranche 1)** : fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche B (ou tranche 2)** : fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 3 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Tranche C (ou tranche 3)** : fraction de la rémunération supérieure à 4 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 4 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de suspension du contrat de travail intervenant après la date d'affiliation au contrat et sauf application des dispositions de l'article 12 relatives au maintien de garanties et à l'exonération du paiement de la cotisation :

- tant que l'affilié bénéficie d'un maintien de salaire total ou partiel, la cotisation est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute définie ci-dessus et maintenue par la contractante, dans la limite contractuellement retenue.

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

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

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

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

SALAIRE DE BASE (ou base de calcul des prestations)

Le montant des prestations est déterminé en tenant compte de la rémunération définie aux paragraphes 1) et 2) ci-dessous, désignée dans le texte spécifique à chaque garantie sous le terme « salaire de base ». En ce qui concerne la garantie Allocation d'obsèques (article 18), la prestation peut toutefois être déterminée en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale.

1) GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

a) Salaire de base

Les prestations sont calculées en fonction de la rémunération brute de l'affilié telle que définie au paragraphe « RÉMUNÉRATION DE BASE » ci-avant.

Les indemnités journalières pour incapacité temporaire complémentaires à celles de la Sécurité sociale et correspondant au financement de l'affilié sont ajoutées à cette rémunération.

Cette rémunération résulte des déclarations faites à l'assureur par la contractante et doit correspondre à la « rémunération » de base (base de calcul de la cotisation), telle qu'elle est définie ci-dessus.

Elle se rapporte aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu :

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

La rémunération est reconstituée dans les cas suivants :

- si à la date du décès ou de l'arrêt de travail, la durée de l'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence citée ci-dessus ; la rémunération est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée «prorata temporis», à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.
- si la rémunération a été réduite ou supprimée pendant la période de référence en raison d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident ; la rémunération est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée «prorata temporis», à partir de la moyenne des salaires bruts qui auraient été perçus ou exigibles en l'absence de cet arrêt de travail.

b) Cas de la suspension du contrat de travail de l'affilié pour une autre cause que la maladie ou l'accident

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

Toutefois, sur demande spécifique de la contractante, compte tenu des dispositions de l'acte instituant le régime de prévoyance et sous réserve du paiement de la cotisation sur la même base, les prestations en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive pourront être déterminées en fonction de la rémunération annuelle brute, dans la limite contractuellement retenue, se rapportant aux douze mois civils précédant la date de suspension du contrat de travail.

À l'issue ou à défaut de maintien de salaire total ou partiel, les garanties ayant fait l'objet d'une demande de maintien de garanties de la part de la contractante sont accordées sur la base du salaire de base, dans la limite contractuellement retenue, se rapportant aux douze mois civils précédant la date de suspension du contrat de travail.

À la date de reprise du travail, le salaire de base est déterminé selon les dispositions prévues au **a)** ci-avant. Si à la date du décès ou de l'arrêt de travail, la durée de la reprise d'activité est inférieure à celle de la période de référence citée **a)** ci-avant, la rémunération est déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée «prorata temporis», à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de la reprise d'activité.

2) GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

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

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

La rémunération est reconstituée dans les cas suivants :

- si à la date de l'arrêt de travail, la durée de l'affiliation au contrat est inférieure à celle de la période de référence citée ci-dessus ; la rémunération est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée «prorata temporis», à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'affiliation.
- si la rémunération a été réduite ou supprimée pendant la période de référence en raison d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident ; la rémunération est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée «prorata temporis», à partir de la moyenne des salaires bruts qui auraient été perçus ou exigibles en l'absence de cet arrêt de travail.

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

Ce salaire de base est déterminé de la manière suivante :

- Tant que le contrat de travail de l'affilié est maintenu ou que celui-ci n'est pas classé par son régime social de base parmi les invalides de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie, le calcul des prestations est effectué en fonction de la rémunération brute telle qu'elle est définie au paragraphe 1.
- Dès que l'une de ces conditions cesse d'exister, le calcul des prestations est effectué en fonction de la rémunération nette à la date d'arrêt de travail. La rémunération nette est égale à la rémunération brute déduction faite des cotisations sociales à la charge de l'affilié.

Article 4. Date d'effet - Durée - Renouvellement et dénonciation du contrat

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

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

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

Il prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 5, 8-2, 11-2 et, le cas échéant 20.

En outre, l'assureur se réserve la possibilité de modifier le contrat à effet du 1^{er} janvier d'un exercice en informant la contractante des modifications avant le 1^{er} octobre de l'exercice précédent.

Toute modification des garanties à la demande de la contractante (en dehors de l'application des dispositions des articles 5 et le cas échéant 20) ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier d'un exercice moyennant un préavis de trois mois.

Ce changement est soumis à l'accord de l'assureur et donnera lieu à l'émission d'un nouveau contrat.

Toutefois, les modifications convenues entre la contractante et l'assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat, **avec l'accord de l'assureur.**

Il est précisé que **dans tous les cas**, la contractante est tenue d'informer ses salariés affiliés des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations dans les délais prévus à l'article 8.

Article 5. Affiliation

1) CONDITIONS D'AFFILIATION

1.1) Affiliation du personnel

Doivent être inscrits au contrat :

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

qui appartiennent à la catégorie bénéficiaire définie aux conditions particulières, sous réserve d'éventuelles dispenses d'affiliation admises par la réglementation en vigueur et prévues par l'acte instituant le régime de prévoyance (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) déclarées par la contractante à l'assureur.

Les membres du personnel et anciens salariés inscrits au contrat remplissant ces conditions sont ci-après dénommés « **affilié** ».

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

Cas particuliers d'affiliation

Il est précisé que des dispositions particulières sont prévues :

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

- l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé,
 - les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance, sont en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.
- par l'annexe 2 aux présentes conditions générales, si à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable, l'affilié bénéficie du maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

2) FORMALITÉS MÉDICALES

Les conditions collectives d'assurance sont déterminées par l'assureur au vu de l'état de santé déclaré par chaque affiliable.

2.1) Dispositions communes à toutes les affiliations

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

Elles consistent en l'établissement d'un questionnaire de santé éventuellement complété, sur demande de l'assureur, par une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou par des renseignements ou examens médicaux complémentaires.

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

Ces formalités sont normalement effectuées avant l'établissement du contrat. Dans le cas contraire, si le résultat des formalités médicales remettrait en cause les conditions d'équilibre du contrat, l'assureur se réserve la possibilité de faire application des dispositions du paragraphe 2.2) ci-après.

2.2) Dispositions spécifiques aux affiliations intervenues en cours de contrat

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

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

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

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

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

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

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

2.3) Dispositions applicables au conjoint ou partenaire de l'affilié pour la garantie décès du conjoint ou partenaire antérieur à celui de l'affilié

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

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

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

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

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

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

1) PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION

1.1) Affiliation à l'origine du contrat

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

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

La liste précitée doit également préciser :

- si l'affilié bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite,
- la durée résiduelle de maintien de garanties, pour les anciens salariés bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat,
- si le contrat de travail est suspendu avec l'indication de la date d'effet et du motif de la suspension et de la date à laquelle l'affilié cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- si l'affilié exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé.
- les anciens salariés en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale au titre d'un précédent contrat d'assurance.

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

1.2) Affiliation en cours de contrat

Toute nouvelle affiliation prend effet, pour la personne concernée, à la date de son entrée dans l'effectif affilié, sous réserve que son bulletin d'affiliation et son questionnaire de santé dûment complétés soient adressés à l'assureur dans les 15 jours suivant cette date.

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

Dans tous les cas, si une entrée dans le groupe assurable remet en cause les conditions d'équilibre du contrat déterminées par l'assureur ou si celui-ci ne peut déterminer ces nouvelles conditions du fait de la carence de cet affilié, il pourra se prévaloir des dispositions de l'article 5-2.2) ci-avant.

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

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

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

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

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

2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

Toutefois, des dispositions particulières sont prévues :

- par l'annexe 1 aux présentes conditions générales en ce qui concerne l'affilié dont le contrat de travail est suspendu ou, qui exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, à la date de son affiliation,
- par l'annexe 2 aux présentes conditions générales en ce qui concerne l'ancien salarié qui bénéficie à la date de son affiliation d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 7. Cessation de l'affiliation et des garanties

1. CESSATION DE L'AFFILIATION

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

- si la cotisation le concernant n'est plus réglée (sous réserve des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances),
- s'il ne figure plus sur le bordereau nominatif d'ajustement des cotisations fourni chaque année par la contractante,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel visée aux conditions particulières,
- en cas de suspension de son contrat de travail, à la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel.

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

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

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

ou au terme du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, étant précisé que des dispositions particulières relatives à ce maintien sont prévues par l'annexe 2 aux présentes conditions générales,

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

2) CESSATION DES GARANTIES

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

En tout état de cause, elles cessent à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime social de base (Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés) dont dépend l'affilié, y compris pour inaptitude au travail et au plus tard au terme fixé par l'article les concernant.

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

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

Article 8. Obligations de la contractante

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

La contractante doit :

- conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances :
 - remettre à chaque affilié une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
 - informer par écrit les affiliés des modifications qu'il est prévu d'apporter éventuellement à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

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

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

- en application de l'article L. 141-3 du Code des assurances, adresser à l'affilié qui n'a pas acquitté une cotisation afférente au présent contrat à sa charge, au plus tôt 10 jours après la date de non-paiement de la cotisation considérée, une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit stipuler

qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, l'affilié est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation.

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

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

La contractante doit :

- avoir fourni préalablement à l'établissement du contrat :
 - la liste du personnel exigée par l'assureur en application des dispositions de l'article 6,
 - les bulletins individuels d'affiliation et questionnaires de santé dûment complétés et signés,
 - le cas échéant, les éléments spécifiques prévus par l'annexe 1 aux conditions générales relative aux affiliés dont le contrat de travail est suspendu ou ceux travaillant à temps partiel pour raison de santé.
- affilier et maintenir au contrat l'ensemble du personnel défini à l'article 5 appartenant à la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières et déclarer au moyen de la liste nominative prévue ci-dessus, la totalité de ce personnel, sous réserve des dispenses d'affiliation mentionnées à l'article 5.1.1. Cette disposition étant déterminante du consentement de l'assureur, **le contrat est résilié de plein droit en cas de non-respect de cette obligation.**

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs de non affiliation des salariés.

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

a) à la souscription du contrat :

un exemplaire du contrat dûment régularisé.

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

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

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

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

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

d) au début de chaque exercice :

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

Ce bordereau doit également mentionner :

- la période éventuelle d'interruption de travail des affiliés pouvant entraîner l'exonération du paiement de la cotisation, ainsi que leur situation à l'égard du régime social de base,
- les affiliés travaillant à temps partiel,

- les affiliés dont le contrat de travail est suspendu avec l'indication du motif et de la date de la suspension et de la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite,
- la date d'entrée et/ou de sortie des affiliés en cours d'exercice et, dans ce dernier cas, le motif.

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

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

La contractante s'engage en outre, à utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) lorsqu'elle deviendra applicable. Celle-ci pourra permettre l'exécution de certaines des obligations énoncées ci-dessus, selon les modalités simplifiées qui seront alors convenues avec l'assureur.

Article 9. Réclamation - Médiation

L'ensemble des coordonnées des services et site internet visés au présent article est précisé aux conditions particulières.

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, la contractante, l'affilié ou toute personne susceptible de bénéficier du contrat peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur.

Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans les 10 jours ouvrables de sa réception. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, il en sera informé. En dernier lieu, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance. Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès de son conseiller ou contact habituel et dans la rubrique mentions légales du site Internet.

Article 10. Protection des données personnelles - Vie privée

L'ensemble des coordonnées des services et site internet visés au présent article est précisé aux conditions particulières.

Les données personnelles concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL.

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

Droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées les concernant, en s'adressant à l'assureur par courrier postal ou sur son site internet.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin conseil de l'assureur.

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

Les données concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont nécessaires à la gestion des relations commerciales et contractuelles.

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

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, Médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations concernant l'affilié peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (contractante, assuré et bénéficiaire du contrat et leurs ayants droit et représentants ; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables et leurs mandataires, aux tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Lutte contre la fraude à l'assurance

L'affilié (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) est également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama. Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Enregistrements téléphoniques

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, l'affilié (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) peut être amené à lui téléphoner. L'assureur informe les personnes concernées que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à leur égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré. Si l'affilié (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon les modalités décrites ci-dessus (voir rubrique « Droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition »)

Recueil et traitement de données de santé

Toute personne assurée accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion du contrat et des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

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

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne

Des données à caractère personnel concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union européenne, ce dont les intéressés sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution du contrat et des relations avec l'assureur, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées (selon exceptions visées à l'article 69 de la loi Informatique et Libertés).

Ces transferts s'effectuent conformément aux exigences légales, aux directives de la Commission Européenne et de la CNIL, et peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'encadrements juridiques spécifiques par l'assureur (ou les entités du Groupe Groupama) pour garantir un niveau suffisant de protection des données à caractère personnel.

Ces informations (strictement limitées), sont destinées aux seuls destinataires susceptibles d'intervenir dans le cadre des finalités prévues aux présentes conditions générales et décrites ci-dessus.

Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec les personnes considérées, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant l'affilié (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes lors de leur navigation sur le site internet de l'assureur, de l'usage de certaines fonctionnalités de ce site ou de l'application mobile de l'assureur (et ce conformément aux politiques « vie privée et données personnelles » et « cookies » de l'assureur accessibles sur son site internet ou prévues aux Conditions Générales d'Utilisation du site ou de l'application mobile).

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

L'ensemble des données à caractère personnel sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment celles relatives au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel.

Ces mentions informatives sont visualisables à tout moment sur le site internet de l'assureur et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique « Mentions légales »).

Article 11. Cotisation

1) FIXATION ET PAIEMENT

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

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

Il est précisé que si la contractante utilise la fonction « paiement » de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), elle s'engage à indiquer une date de prélèvement souhaitée comprise dans un délai maximum de 15 jours suivant la date d'exigibilité de la cotisation mentionnée ci-dessus.

À défaut, l'assureur se réserve le droit de refuser l'utilisation de la déclaration pour la période considérée.

2) DÉFAUT DE PAIEMENT

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

3) RÉVISION DE LA COTISATION

3.1) Évolution des taxes

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

3.2) Évolution de la réglementation

Outre l'application éventuelle des dispositions prévues à l'article 20-1.3. concernant les garanties en cas d'arrêt de travail, l'assureur peut procéder à l'ajustement de la cotisation afin de prendre en compte toute modification de la législation ou de la réglementation applicable au contrat. Si la contractante ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourra résilier le contrat 30 jours après notification par lettre recommandée.

3.3) Révision en fonction des résultats

La cotisation du contrat est susceptible d'être révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques enregistrés (rapport « sinistres à cotisations ») pour ce contrat ou pour le groupe de contrats auquel il appartient.

À compter du jour où elle a connaissance d'une majoration des taux de cotisation, la contractante aura la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours. À cet effet, elle adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié. Toutefois, la contractante pourra demander que cette résiliation devienne effective au 31 décembre de l'année en cours à 24 heures. La cotisation afférente à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculée sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

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

1) EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

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

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

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

- **si les garanties en cas d'arrêt de travail sont souscrites par la contractante** : dès le versement des prestations prévues en cas d'arrêt total de travail et pendant toute la durée de leur versement mais au plus tôt, à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu.

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

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

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

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

Si l'affilié est en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident, il continue à bénéficier des garanties souscrites par la contractante en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive, dans les conditions du contrat :

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

Le maintien des garanties est accordé tant que l'affilié se trouve en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 20, reconnu par l'assureur.

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

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

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

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

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

Article 13. Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat

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

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

Le service des indemnités journalières et des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat, ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié (articles 14, 15, 16, 17 et 18) accordé au titre de l'article 12 sont poursuivis, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

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

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

Toute revalorisation ultérieure à la date de la résiliation ne peut être accordée qu'en contrepartie d'une cotisation unique dont le montant est déterminé par l'assureur en fonction des charges prévisibles.

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

Le service des rentes en cours en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du contrat sont maintenus, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur la tête de l'affilié tel que prévu au paragraphe 1.1. ci-dessus est subordonné à la preuve d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail auprès d'un organisme assureur en cours à la date de résiliation du contrat.

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

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

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

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

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

Le service des indemnités journalières et des rentes ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur la tête de l'affilié (articles 14, 15, 16, 17 et 18) accordé au titre de l'article 12 à la date de résiliation sont poursuivis par l'assureur, dans les conditions du contrat, ainsi que leur revalorisation ultérieure.

3) DISPOSITIONS COMMUNES

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

Le maintien des garanties prévu aux paragraphes 1. et 2. ci-dessus cesse dans les conditions de l'article 7 et au plus tard à la date de liquidation de la pension de l'as-

surance vieillesse du régime social de base de l'affilié, y compris pour inaptitude au travail et en tout état de cause à la date à laquelle tout assuré social peut bénéficier de la liquidation de sa pension de retraite du régime social de base à taux plein.

Les garanties Décès du « conjoint » (article 19) cessent en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

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

PRÉAMBULE

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

Le montant maximum des sommes garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, reposant sur la tête d'un même affilié, est en tout état de cause limité à 1 500 000 €, au titre de l'ensemble des contrats collectifs souscrits par la contractante et qui comportent cette limitation de garanties. Pour la détermination de cette limite, il est tenu compte du montant des capitaux constitutifs des garanties exprimées sous forme de rentes, ceux-ci étant déterminés en application du barème réglementaire des rentes viagères et/ou temporaires en vigueur au jour de leur liquidation (tables de mortalité et taux technique maximum admis par la réglementation).

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

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

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s), en cas de décès de l'affilié, un capital dont le montant est indiqué aux conditions particulières.

La situation de famille de l'affilié est, le cas échéant, appréciée à la date du décès de l'affilié, au regard de l'État Civil et du nombre de personnes à charge (enfants ou ascendants selon mention aux conditions particulières).

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

2) CAPITAL D'URGENCE

Cette garantie est accordée sur mention spécifique aux conditions particulières.

Si l'affilié compte douze mois d'affiliation à la date de son décès, le bénéficiaire désigné peut demander le versement d'une avance sur le capital décès dans les conditions suivantes :

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

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

3) CESSATION DE LA GARANTIE

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

4) RISQUES EXCLUS

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

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

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

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

5) ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

5.1) Attribution du capital

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

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

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

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

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

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

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

Tant que l'affilié est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'affilié et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'affilié et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

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

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

5.2) Attribution des majorations

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

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

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

6) PAIEMENT DE LA PRESTATION

6.1) Formalités à accomplir

a) Dispositions générales

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

- une déclaration de la contractante attestant que l'affilié faisait partie de son personnel lors de la survenance du décès (ou de l'arrêt de travail le précédent) et indiquant le montant du salaire de base tel qu'il est défini à l'article 3,
- tout justificatif de ce montant réclamé par l'assureur (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale),
- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- tout document complémentaire permettant l'attribution des prestations :
 - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une

photocopie intégrale du livret de famille et/ou un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire, un acte de notoriété et si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,

- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille,
- les coordonnées bancaires nécessaires au règlement.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation, notamment en cas de décès survenu à l'étranger.

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

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

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

Le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire permettant de justifier que le bénéficiaire est unique.

6.2) Paiement de la prestation

a) Capital décès

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

En cas de pluralité de bénéficiaires :

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

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

Le virement bancaire est émis dans un délai de 6 jours ouvrés (définis comme 6 jours effectivement travaillés chez l'assureur) à compter de la réception des pièces justificatives demandées par l'assureur.

Article 15. Garantie « Rente d'éducation »

1) AFFILIÉ AVEC ENFANT(S) À CHARGE

1.1) Définition de la garantie

En cas de décès d'un affilié ou, sur mention aux conditions particulières, d'invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17, l'assureur verse à chacun des enfants à charge définis à l'article 3 **une rente temporaire immédiate**.

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

- soit, être fixé uniformément quel que soit l'âge de l'enfant,
- soit être déterminé, à l'origine, selon l'âge de l'enfant à la date du décès ou à la date d'exigibilité de la prestation invalidité absolue et définitive. Il progresse ensuite, en fonction de l'âge de l'enfant. Le changement de taux s'effectue au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge fixé aux conditions particulières.

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

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

1.2) Risques exclus

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

1.3) Modalités de paiement des rentes

a) Formalités à accomplir

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

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

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

b) Attribution et paiement de la rente d'éducation

La rente d'éducation est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'affilié (ou de sa reconnaissance en invalidité absolue et définitive) et l'échéance trimestrielle suivante.

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

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

Elle est servie tant que l'enfant :

- justifie de la poursuite de ses études ou est sous contrat d'apprentissage. Dans ces cas, son versement cesse au plus tard au 1^{er} octobre de l'année au cours de laquelle il atteint son 26^{ème} anniversaire.
- étant handicapé, bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés ou remplit les conditions pour en bénéficier lorsque celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources.

La rente est versée :

- durant la minorité de l'enfant :
 - à l'administrateur légal des biens de l'enfant en cas de décès,
 - à l'affilié en cas d'invalidité absolue et définitive,
- dès la majorité légale de l'enfant, à lui-même.

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

2) AFFILIÉ SANS ENFANT À CHARGE

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

2.1) Définition de la garantie

Pour l'affilié n'ayant pas d'enfant à charge susceptible de bénéficier de la rente visée au paragraphe 1), la garantie a pour objet le versement s'il décède ou est atteint d'une invalidité absolue et définitive d'un **capital** dont le montant est fixé

aux conditions particulières, en pourcentage du salaire de base de l'affilié tel que défini à l'article 3.

2.2) Risques exclus

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

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

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

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

3) CESSATION DE LA GARANTIE

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

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser un **capital** :

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

ou

- sur mention aux conditions particulières, à l'affilié lui-même, si en raison d'un accident, il est atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17.

Le montant de ce capital est indiqué aux conditions particulières du contrat.

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

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

2) RISQUES EXCLUS

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

- **maladie, même d'origine accidentelle ;**
- **accident causé intentionnellement par l'affilié ou résultant, soit d'un suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;**
- **accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'affilié définie par l'existence d'une alcoolémie égale ou supérieure à celle fixée par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'empire d'un état alcoolique ;**
- **accident occasionné par une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si l'affilié y prend une part active sauf s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;**

- *accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*

- *accident occasionné par la pratique :*

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

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

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

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

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

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

3) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

3.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

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

3.2) Attribution du bénéfice de la prestation

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

4) CESSATION DE LA GARANTIE

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

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Si un affilié est, consécutivement à une maladie ou à un accident, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer), l'assureur le reconnaît en état d'invalidité absolue et définitive.

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

L'assureur verse alors à l'affilié, **une prestation identique à celle prévue au titre des articles 14 et éventuellement 15 et de l'article 16** selon mention spécifique aux conditions particulières, **si ces garanties sont souscrites et mises en jeu.**

Le salaire de base est déterminé à la date d'arrêt du travail et éventuellement réajusté en application des dispositions de l'article 21.

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

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

- à la garantie prévue en cas de décès au titre de l'article 14,
- et à celle prévue à l'article 16, si cette garantie est souscrite.

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

2) RISQUES EXCLUS

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

- *accident ou maladie causé intentionnellement par l'affilié ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si l'affilié y prend une part active sauf s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*

En outre, la garantie en cas d'invalidité absolue et définitive par accident ne s'applique pas dans les cas suivants :

- *accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'affilié définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'empire d'un état alcoolique,*
- *accident occasionné par la pratique des sports énumérés aux 1, 2, 3, 4, 5 et 6 de l'article 16.2).*

3) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

3.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

- une déclaration de la contractante attestant qu'il faisait partie de son personnel lors de la survenance de l'arrêt de travail et indiquant le montant du salaire de base défini à l'article 3 ;
- un certificat détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel ;
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne, telle que la notification de l'attribution par le régime social de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille, ou si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive,
- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille.

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

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

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

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive.

À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'affilié, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. **Si l'affilié s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux demandés, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

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

3.3) Date d'exigibilité et règlement de la prestation

La prestation garantie, payable à l'affilié lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance par l'assureur de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

En cas de décès de l'affilié avant le versement de la prestation, la prestation prévue en cas de décès sera versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 14.5).

La rente d'éducation est versée dans les conditions prévues à l'article 15.

4) CESSATION DE LA GARANTIE

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

Article 18. Garantie

« allocation d'obsèques »

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

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

Les personnes garanties et le montant de l'allocation, éventuellement limité selon les dispositions du paragraphe 2.2) ci-dessous, sont indiqués aux conditions particulières du contrat.

Il est précisé qu'aucune allocation ne peut être versée en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

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

2) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

2.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

- une déclaration attestant que l'affilié faisait partie de son personnel à la date du décès ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment, si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,

- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

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

2.2) Mode de règlement de l'allocation

L'allocation garantie est versée :

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

3) CESSATION DE LA GARANTIE

Pour l'affilié, son conjoint ou partenaire et ses enfants à charge, la garantie prend fin à la date de cessation de l'affiliation prévue à l'article 7 et en tout état de cause :

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

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

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

1) AFFILIÉ AVEC CONJOINT OU PARTENAIRE

1.1) Définition de la garantie

En cas de décès du conjoint ou partenaire de l'affilié, inscrit au contrat, survenant avant l'âge de 65 ans, et à condition que l'affilié soit vivant lors de la survenance de cet événement, l'assureur verse un **capital**.

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

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

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

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

1.2) Risques exclus

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

- **Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la 1^{ère} année d'inscription du conjoint ou partenaire au titre du contrat.**
- **Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.**

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

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

- un original de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment le cas échéant la preuve du PACS,
- un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle, ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- tous documents permettant la justification des charges de famille,
- une déclaration de la contractante attestant que l'affilié faisait bien partie de son personnel lors de la survenance du prédécès du conjoint ou partenaire et indiquant le montant du salaire de base de l'affilié tel qu'il est défini à l'article 3.
- tout justificatif de ce montant réclamé par l'assureur (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale).

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

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

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

Service de la rente : la rente temporaire immédiate pour les enfants à charge à la date du décès du conjoint ou partenaire, est payable à l'affilié, à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire.

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

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

1.4) Cessation de la garantie

La garantie prend fin :

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

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

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

2) AFFILIÉ N'AYANT NI CONJOINT NI PARTENAIRE

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

2.1) Définition de la garantie

Pour l'affilié n'ayant ni conjoint, ni partenaire, cette garantie a pour objet le versement d'un **capital** s'il décède ou est atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 17.

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

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

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

2.2) Risques exclus

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

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

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

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

Service de la rente : la rente temporaire immédiate pour les enfants à charge à la date du décès ou de reconnaissance d'un état d'invalidité absolue et définitive de l'affilié, est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'affilié (ou de reconnaissance en invalidité absolue et définitive) et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente temporaire immédiate est servie :

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

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

2.4) Cessation de la garantie

La garantie prend fin à la date de cessation de l'affiliation et des garanties, conformément à l'article 7.

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

1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

2) RISQUES EXCLUS

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

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

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

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

→ Titre III - Garanties en cas d'arrêt de travail

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

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

1.1) Définition des garanties

- Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou à un accident, qui place l'affilié dans la totale incapacité physique ou psychique constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident, entraînant l'impossibilité physique ou psychique, totale ou partielle pour l'affilié, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession lui procurant un traitement équivalent à celui qu'il recevait avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident.

1.2) Objet des garanties

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

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

- qu'il soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente, telles qu'elles sont définies au paragraphe 1.1) ci-avant ;

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

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

1.3) Conditions d'attribution des prestations

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

4) CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie prend fin :

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

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

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

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

2) INCAPACITÉ TEMPORAIRE

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

Montant de la prestation

Lorsque l'assureur reconnaît l'affilié en état d'incapacité temporaire totale de travail, sous réserve que ce dernier bénéficie des prestations en espèces de l'assurance maladie du régime social de base, il lui verse une **indemnité journalière**, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale dite « franchise » qui peut varier selon la cause de l'arrêt de travail (maladie, accident, hospitalisation). Le montant de l'indemnité journalière et la (ou les) franchise(s) sont indiqués aux conditions particulières.

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

En cas de reprise du travail à temps partiel après une période d'incapacité totale de travail et à condition que le service des prestations en espèces du régime social de base soit maintenu à l'affilié, les indemnités journalières complémentaires versées par l'assureur sont réduites proportionnellement.

Disposition spécifique à la maternité ou paternité

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

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

Lorsque l'incapacité temporaire est consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle reconnu(e) et indemnisé(e) comme tel(le) par le régime social de base, les dispositions du paragraphe 2.1) ci-dessus sont complétées par ce qui suit.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du taux « t » fixé aux conditions particulières sur la tranche B du salaire de base en cas d'incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle.

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

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

2.3) Modalités de paiement de la prestation

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que l'affilié est en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente par l'assureur et, au plus tard, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 4.6) ci-après.

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

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

3) INVALIDITÉ PERMANENTE

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

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

Si le taux d'invalidité (n) déterminé par l'assureur est compris entre 33 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente versée par l'assureur en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à n/66.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité n'atteint pas 33 %.

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

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

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

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

dans laquelle :

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

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

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

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

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

3.3) Modalités de paiement de la prestation

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

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

La rente est payable à l'affilié, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'aux termes prévus au paragraphe 4.6) ci-après.

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

4.1) Reprise du travail inférieure à deux mois

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

4.2) Accident du travail et maladie d'origine professionnelle

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

4.3) Cumul des prestations

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

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

4.4) Risques exclus

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

- **accident ou maladie causé intentionnellement par l'affilié ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection,**

une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si l'affilié y prend une part active sauf s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante,

- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français,*

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

4.5) Conditions d'attribution des prestations

a) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

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

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

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'une attestation de la contractante d'après laquelle l'affilié faisait partie de son personnel lors de la survenance de l'arrêt de travail et indiquant le montant de ses rémunérations brute et nette telles qu'elles sont définies à l'article 3,
 - d'un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident,
 - de tout document prouvant l'identité et, le cas échéant, la situation de famille,
- et, sur demande de l'assureur, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant.

IMPORTANT : l'affilié devra en outre justifier du paiement des prestations en espèces servies par le régime social de base ou d'une attestation de non-paiement si, tout en étant assuré social, il ne répond pas administrativement aux conditions d'attribution des prestations de cet organisme.

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

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

En cas de reprise du travail à temps partiel ou à temps complet, l'employeur ou l'affilié devra en informer immédiatement l'assureur.

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

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

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'affilié.

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

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

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, l'affilié et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'affilié.

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

4.6) Cessation des garanties

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

Les garanties et le service des prestations cessent :

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

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

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

→ Titre IV - Rente de conjoint

Les dispositions du présent titre s'appliquent lorsque la contractante a souscrit, sur mentions aux conditions particulières, la « Garantie rente de conjoint » au profit de l'ensemble de son personnel salarié appartenant à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

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

1) DÉFINITION

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente viagère, au profit du conjoint de l'affilié, à défaut au profit de son partenaire ou concubin, si l'affilié décède.

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

- est âgé de moins de 60 ans,
- a, au maximum, un seul enfant à charge âgé de moins de 25 ans.

Deux options peuvent être proposées à la contractante :

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

ou

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

SELON L'OPTION RETENUE PAR LA CONTRACTANTE, LE MONTANT DE LA RENTE VIAGÈRE ET DE LA RENTE D'ATTENTE TEMPORAIRE EST DÉTERMINÉ EN APPLIQUANT LES FORMULES SUIVANTES :

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

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

Dans les formules ci-dessus :

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

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

2) RISQUES EXCLUS

Les risques exclus sont ceux prévus à l'article 14-4) au titre de la garantie en cas de décès.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1) Définition

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

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

et

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

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

4.2) Risques exclus

Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 14-4) et 17-2) selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

4.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre

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

4.4) Attribution du capital

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

4.5) Service de la rente

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

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

5) CESSATION DE LA GARANTIE

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

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

→ Titre V - Revalorisation

Article 21. Revalorisation

1) FONDS DE REVALORISATION

Pour financer la revalorisation des prestations, l'assureur constitue un fonds de revalorisation et détermine une unité de référence de sorte que la revalorisation puisse être alimentée par ce fonds. Cette unité est fixée au 1^{er} juillet de chaque année pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à compter du 1^{er} octobre de la même année. Sa variation est limitée à celle du point AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année considérée.

2) REVALORISATION DU SALAIRE DE BASE

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

En outre, en cas de suspension du contrat de travail pour une cause autre que la maladie ou l'accident, le salaire de base déterminé à la date de suspension du contrat de travail est revalorisé dès le 366^{ème} jour suivant et tous les ans à la même date dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence à la date anniversaire de la suspension et celle en vigueur à la date d'origine de la suspension.

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

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

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

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées, dès le 366^e jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date. Elles sont revalorisées dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

5) DISPOSITION COMMUNE

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

→ Titre VI - Dispositions particulières

Annexe 1. Salarié dont le contrat de travail est suspendu ou travaillant à temps partiel pour raison de santé ou ancien salarié en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affilié

PRÉAMBULE

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

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu ou travaillant à temps partiel pour raison de santé ainsi que les anciens salariés en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance, à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affilié sont garantis dès cette date, dans les conditions de la présente annexe et pour les garanties souscrites par la contractante.

IL EST PRÉCISÉ QUE :

- les dispositions de la présente annexe sont accordées sous réserve du paiement des cotisations déterminées selon les dispositions prévues dans chacun des paragraphes suivants ;
- les dispositions du contrat auxquelles il n'est pas dérogé sont intégralement applicables ;
- à l'origine du contrat, la contractante s'engage à déclarer et fournir à l'assureur tous les éléments nécessaires à la gestion de la présente annexe, en particulier :
 - la liste des personnes concernées accompagnée du bulletin individuel d'affiliation et du questionnaire de santé dûment complétés et signés de chaque affilié concerné et précisant selon le cas :
 - la date d'effet et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé et la date à laquelle il cesse de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,
 - le taux de réduction d'activité pour l'affilié qui exerce son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé,
 - la durée résiduelle de maintien de garanties, pour les anciens salariés en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance,

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

En cas de non-respect de cette obligation, le contrat peut être résilié dans les conditions de l'article 5 des conditions générales.

- la contractante s'engage à déclarer la date de rupture du contrat de travail de tout affilié bénéficiant des dispositions de la présente annexe, dès que celle-ci intervient.

1) SALARIÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU POUR UNE AUTRE CAUSE QUE LA MALADIE OU L'ACCIDENT

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

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

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

- **Prise d'effet des garanties** : les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.
- **Salaire de base** : le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de suspension du contrat de travail, sans revalorisation pendant la durée de la suspension du contrat de travail.
- **Montant des prestations** : les prestations garanties seront calculées et versées selon les dispositions du présent contrat.

1.2) Garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties en cas d'arrêt de travail ne prendront effet qu'à la date de **reprise effective du travail**. Les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail et les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, pour tout nouvel arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail**.

1.3) Cotisation

La cotisation afférente aux prestations garanties est calculée sur la rémunération déterminée ci-dessus et en fonction du taux de cotisation applicable aux affiliés présents dans l'entreprise pour les garanties décès et invalidité absolue et définitive

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

L'ensemble des garanties souscrites par la contractante est accordé dans les conditions exposées ci-dessous :

- aux salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie ou d'accident à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable,
- aux anciens salariés en état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente et bénéficiant d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance, à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans l'effectif affiliable.

Pour ces anciens salariés, les garanties prévues ci-dessous sont toutefois accordées, sous les réserves des paragraphes 2) et 4) de l'annexe 2.

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

- **Prise d'effet des garanties** : les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.
- **Salaire de base** : le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que définie à l'article 3 des conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de l'arrêt de travail de l'affilié.

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

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

- **Revalorisation du salaire de base** : le salaire de base est revalorisé à compter du 366^{ème} jour d'affiliation au présent contrat, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 21 des conditions générales, en vigueur à la date du décès ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et celle en vigueur à la date d'affiliation au présent contrat.
- **Montant des prestations** : les prestations seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

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

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

2.2) Garanties en cas d'arrêt de travail

a) Garanties en cas d'incapacité temporaire

- **Prise d'effet de la garantie** : la garantie en cas d'incapacité temporaire de travail ne prendra effet qu'à la date de **reprise effective du travail ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle.**

- **Montant des prestations** : les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date de **la reprise du travail ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle.**

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

b) Garantie en cas d'invalidité permanente

- **Prise d'effet de la garantie** : la garantie en cas d'invalidité permanente prend effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

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

- **Salaire de base** : le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée à la date de l'arrêt de travail de l'affilié.

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

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

- **Montant des prestations** : les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

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

Dans ce cas, les prestations dues au titre du présent contrat seront revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 21 des conditions générales du présent contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat.

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

Tant que l'affilié n'est pas effectivement apte à reprendre un travail, les indemnités d'incapacité temporaire et les rentes d'invalidité permanente dont le versement est maintenu par un précédent organisme assureur au titre d'un contrat de même nature, au niveau atteint à la date d'effet du contrat ou d'entrée dans l'effectif affiliable, seront revalorisées au titre du présent contrat.

Ainsi, ces prestations seront revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 21 des conditions générales du présent contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'affiliation au présent contrat.

2.3) Cotisation

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

3) AFFILIÉ EXERÇANT SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVEC RÉDUCTION D'HORAIRE POUR RAISON DE SANTÉ

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

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

- **Prise d'effet des garanties** : les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive prennent effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.
- **Salaire de base** : le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle brute de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.

Toutefois, si l'affilié bénéficie au titre de l'arrêt de travail ayant entraîné l'exercice de son activité professionnelle avec réduction d'horaire pour raison de santé, d'une indemnité journalière d'incapacité ou d'une rente d'invalidité et d'un maintien de garanties en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive, en application des dispositions d'un contrat de même nature souscrit auprès d'un précédent organisme assureur, le salaire de base servant au calcul des prestations du présent contrat est reconstitué sur la base de son activité à temps plein.

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

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

3.2) Garanties en cas d'arrêt de travail

a) Garantie en cas d'incapacité temporaire

- **Prise d'effet de la garantie** : la garantie en cas d'incapacité temporaire prend effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.
- **Salaire de base** : le salaire servant de base au calcul des prestations est la rémunération annuelle de l'affilié telle que définie aux conditions générales, dans les limites contractuellement retenues, déterminée compte tenu de son activité professionnelle partielle.
- **Montant des prestations** : les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat, en fonction du salaire de base tel que défini ci-avant, pour tout nouvel arrêt de travail survenant postérieurement à la date d'affiliation au présent contrat, dans la mesure où cet arrêt de travail ne donne pas lieu à garantie par un précédent organisme assureur au titre d'un précédent contrat

de même nature (rechute ou invalidité au terme d'une période d'incapacité temporaire de travail).

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

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

b) Garantie en cas d'invalidité permanente

- **Prise d'effet des garanties** : la garantie en cas d'invalidité permanente prendra effet à la date d'affiliation au contrat telle que prévue aux conditions générales.

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

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

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

- **Montant des prestations** : les rentes en cas d'invalidité permanente seront calculées et versées en application des dispositions du présent contrat.

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

Dans ce cas, les prestations dues au titre du présent contrat seront revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 21 des conditions générales du présent contrat, en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité permanente garanti par le présent contrat.

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

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

Cette revalorisation est déterminée, dès le 366^{ème} jour qui suit la date d'affiliation au présent contrat, et tous les ans à la même date, dans le même rapport

que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'affiliation au contrat.

3.3) Cotisation

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

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

4) DISPOSITIONS COMMUNES

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

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

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

A Résiliation pour une cause autre que celle prévue au B. ci-après

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

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

et

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

sont maintenus, dans les conditions du présent contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

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

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

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

- Le service des prestations en cours et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation du présent contrat, servies par l'assureur au titre de la présente annexe, sont maintenus dans les conditions du présent contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.
- Le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites, reposant sur la tête de l'affilié tel que prévu au paragraphe a) ci-dessus est subordonné à la preuve d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale et de l'existence d'une garantie en cas d'arrêt de travail auprès d'un organisme assureur en cours à la date de résiliation du contrat.

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

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

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

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

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

et

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

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

C Dispositions communes

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

Le maintien des garanties prévu ci-dessus cesse dans les conditions des articles 7 et 12 des conditions générales.

Le bénéficiaire des garanties en cas de Décès du « conjoint » (article 19) cesse en tout état de cause à la date de résiliation du présent contrat.

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

L'affiliation au contrat et les garanties qu'il prévoit sont maintenues aux affiliés définis ci-dessous dont le contrat de travail avec la contractante est rompu, dans les conditions précisées ci-après.

1) CONDITIONS DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

- le droit à couverture au titre du contrat collectif prévoyance souscrit par la contractante doit avoir été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- le contrat de travail doit être rompu ; ainsi donne droit à maintien de garanties :
 - tout licenciement **sauf en cas de faute lourde**,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
 - l'arrivée à terme du CDD,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
 - la démission légitime,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance ;
- la cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage, quelle que soit l'origine de cette cessation.

Les anciens salariés de la contractante bénéficient du maintien des garanties du contrat aux mêmes clauses et conditions que les affiliés en activité au sein de la contractante, sous réserve des dispositions du paragraphe 4. ci-après. Toute modification des garanties intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien.

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

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

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

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

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

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

3) CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

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

et en tout état de cause :

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

En outre, le maintien des garanties cesse également :

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

En outre, les garanties maintenues étant celles applicables aux salariés en activité de la contractante affiliés au contrat, le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de cessation totale d'activité de l'entreprise contractante par suite de sa liquidation judiciaire.

4) BASE DES PRESTATIONS - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de sinistre intervenant au cours de la période de maintien des garanties, les prestations contractuellement assurées sont calculées sur le salaire de base défini au contrat déterminé à la date de rupture du contrat de travail.

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

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.

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

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

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

5) OBLIGATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE L'ASSUREUR

À la date de cessation de leur contrat de travail, les anciens salariés s'engagent à adresser à l'assureur les documents suivants :

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

Ultérieurement à leur admission au bénéfice du présent maintien des garanties, les intéressés s'engagent **sous peine, le cas échéant, de déchéance de garanties :**

- à informer l'assureur, dès qu'ils en ont connaissance, de la cessation de leur prise en charge par l'assurance chômage, notamment en lui transmettant l'information qui leur a été délivrée par cet organisme ;

- à déclarer à l'assureur toute reprise de leur part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise.

6) OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE CONTRACTANTE

6.1) À l'égard de l'assureur

L'entreprise contractante s'engage à déclarer à l'assureur chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de maintien des garanties dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail.

6.2) À l'égard des bénéficiaires du maintien de garanties

L'entreprise contractante s'engage également à signaler le présent maintien de garanties sur le certificat de travail remis aux anciens membres de son personnel et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

La preuve de la remise des documents correspondant incombe à l'entreprise contractante.

7) FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Il est précisé qu'aucune cotisation ne peut être réclamée aux anciens salariés de l'entreprise contractante à compter de la date de cessation du contrat de travail qui les liait à cette dernière, pour le financement du maintien des garanties prévu ci-dessus dont ils bénéficient.

8) CAS D'EXCLUSION - RÉVISION DES CONDITIONS DE FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties prévu ci-dessus n'est pas accordé, en cas de rupture ou de cessation du contrat de travail intervenant dans les circonstances suivantes :

- lorsque le nombre des salariés de la contractante en activité, affiliés au contrat a déjà été réduit de 20 % au cours de l'année par rapport à celui constaté au 31 décembre de l'année précédente,
- lorsque la contractante a fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire, ou lorsqu'elle a mis en œuvre un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) ou un Plan de Départ Volontaire de l'entreprise (PDV).

Le maintien des garanties pourra toutefois être accordé moyennant une révision de la cotisation, sous réserve que la demande, accompagnée des pièces justificatives correspondantes, soit adressée à l'assureur 30 jours au moins avant la date de mise en œuvre du PSE ou du PDV ou la date de rupture ou de cessation du contrat de travail de chaque affilié concerné dans les autres cas.

La contractante pourra résilier le contrat, par lettre recommandée, dans un délai de 30 jours à compter de celui où elle a connaissance du refus de l'assureur ou de sa proposition de révision de la cotisation. Le contrat sera résilié un mois après l'envoi de cette lettre ou, sur demande de la contractante, au 31 décembre de l'année en cours à 24 heures. Jusqu'à la date de résiliation, la cotisation calculée à l'ancien tarif reste exigible et le maintien des garanties n'est pas accordé aux salariés affiliés au contrat dont la cessation du contrat de travail qui les liait à l'entreprise contractante intervient dans l'une des circonstances visées ci-dessus.

Assuré d'avancer



Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé)
RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z - Siège social : 8-10, rue d'Astorg
75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de
Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris

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