

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	3
ARTICLE I - 1 - PREAMBULE.....	3
ARTICLE I - 2 - OBJET DU CONTRAT.....	3
ARTICLE I - 3 - LES DROITS QUI PROTEGENT L'ASSURE.....	4
CHAPITRE II - LA VIE DE L'ADHESION	5
ARTICLE II - 1 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION	5
ARTICLE II - 2 - L'AFFILIATION AU CONTRAT	7
ARTICLE II - 3 – CESSATION DES GARANTIES	8
ARTICLE II - 4 – DROITS DES AFFILIES APRES LA CESSATION DES GARANTIES	9
ARTICLE II - 5 – LES COTISATIONS	11
CHAPITRE III - LES GARANTIES DECES OU PTIA	12
ARTICLE III - 1 – LA GARANTIE « DECES ».....	12
ARTICLE III - 2 – LA GARANTIE « CAPITAL ADDITIONNEL EN CAS D'ENFANT(S) A CHARGE »	13
ARTICLE III - 3 – LA GARANTIE « CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT »	14
ARTICLE III - 4 - LA GARANTIE « DOUBLE EFFET »	14
ARTICLE III - 7 – LA GARANTIE « PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) »	14
CHAPITRE IV - LES GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE	16
ARTICLE IV - 1 - DISPOSITIONS GENERALES.....	16
ARTICLE IV - 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL.....	17
ARTICLE IV - 3 - INVALIDITE PERMANENTE.....	18
ARTICLE IV - 4 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE.....	19
ARTICLE IV - 5 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES AUX AFFILIÉS EN ARRET DE TRAVAIL	20
CHAPITRE V - MONTANT DES PRESTATIONS	21
ARTICLE V - 1 – BASE DE GARANTIE	21
ARTICLE V - 2 – RISQUE DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L’AFFILIÉ	22
ARTICLE V - 3 – RISQUE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE	23
ARTICLE V - 4 - RENTE MENSUELLE INVALIDITE.....	23
CHAPITRE VI - REGLEMENT DES SINISTRES	24
ARTICLE VI - 1 - DECES.....	24
ARTICLE VI - 2 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).....	26
ARTICLE VI - 3 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE	27
ARTICLE VI - 4 - MODE DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	27
ARTICLE VI - 5 : REVALORISATION	28
ARTICLE VI - 6 : RISQUES EXCLUS	29
ARTICLE VI – 7 : CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE MEDICAL.....	30

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

► ARTICLE I - 1 - PREAMBULE

Nature du contrat

Aviva Collective Prévoyance CCN 1947 est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie) définies à l'article R 321-1 du Code des assurances. Le contrat porte la référence n°2.603.496 et est souscrit par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite) - 24-26 rue de la Pépinière – 75008 Paris auprès d'Aviva Vie (Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex), ci-après dénommé l'assureur.

Cette association, régie par la Loi du 1er juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en œuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents. Différentes informations concernant l'association sont disponibles sur le site www.aviva.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration.

Pour la gestion du contrat Aviva Collective Prévoyance CCN 1947 (adhésion, prestations, encaissement...), ADER et Aviva Vie mandatent la société HENNER (SAS de gestion et de courtage d'assurances et de réassurance au capital de 8.212.500,00 euros, dont le siège social est 10, rue Henner - 75009 PARIS, R.C.S. PARIS n°B 323 377 739, N° ORIAS : 07002039) laquelle la délègue au GIE GMC GESTION (Groupement d'Intérêt Economique régi par l'Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 RCS PAR IS C 399 142 892) ci-après dénommé le délégataire.

Prise d'effet, durée et résiliation du contrat par l'association ou l'assureur

Le contrat Aviva Collective Prévoyance CCN 1947 est souscrit à effet du 01/09/2013, pour une période se terminant le 31/12/2013. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association), notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

Chaque adhérent s'acquitte des frais d'adhésion unique à l'association ADER qui s'élèvent à 3 euros et qui sont inclus dans la cotisation de la première année des contrats Aviva Collective Santé.

En cas de résiliation ou de non reconduction du contrat par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues dans le présent document. L'assureur s'engage également, en cas de résiliation, à maintenir le paiement des prestations en cours de service à leurs montants atteints au moment de la résiliation et ce jusqu'à leur terme contractuel.

Toutes les entreprises adhérentes au contrat Aviva Collective Prévoyance se verront remettre le présent document qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre.

Modification du contrat

Les droits et obligations des entreprises adhérentes peuvent être modifiés par avenants à ce contrat. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée. En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des entreprises adhérentes, ces dernières en seront également informées par écrit au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Si elle le souhaite, l'entreprise adhérente pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

► ARTICLE I - 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat Aviva Collective Prévoyance CCN 1947 a pour objet de permettre, moyennant le paiement de cotisations, d'assurer les catégories de personnel définies au certificat d'adhésion des entreprises adhérentes en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et de renforcer leurs garanties de prévoyance.

Ce dernier est constitué de la présente Notice, du certificat d'adhésion entreprise actant les garanties choisies par l'entreprise adhérente et de la liste nominative des membres du personnel à garantir.

La catégorie de personnel définie au certificat d'adhésion entreprise bénéficie donc des garanties choisies par l'entreprise adhérente pour les risques décès, arrêt de travail.

► ARTICLE I - 3 - LES DROITS QUI PROTEGENT L'ASSURE

Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à AVIVA VIE de procéder à la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires, éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne, et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et les affiliés bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui les concernent dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. Pour cela, il leur suffit d'écrire à AVIVA VIE - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois Colombes Cedex. Par ailleurs, sauf opposition de leur part, ces informations pourront être transmises aux autres entités du groupe Aviva France et à ses partenaires à des fins de prospection commerciale.

Pour plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger, les intéressés peuvent consulter les mentions légales du site Aviva « www.aviva.fr » ou écrire à l'adresse ci-dessus.

Les informations médicales fournies sur le questionnaire de santé nécessaires à l'étude de la demande d'assurance sont, quant à elles, à l'usage exclusif du Médecin Conseil du délégataire et le cas échéant du réassureur. Ces données médicales peuvent également donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes auprès de GMC Gestion 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex 1.

Recours en cas de litige

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée au délégataire de l'Assureur, GMC Gestion 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex 1. Le délégataire en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de réponse non satisfaisante de l'assureur à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par l'assureur sur simple demande.

Organisme de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :

- 1 - de l'événement qui y donne naissance,
- 2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

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

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'affilié.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

► ARTICLE II - 1 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

Conditions d'adhésion

L'adhésion aux présents contrats est réservée aux entreprises ou groupements dans le respect des obligations conventionnelles qui leur incombent.

L'adhésion doit obligatoirement se composer d'une garantie de base en cas de décès parmi celles proposées.

L'entreprise adhérente doit avoir son siège social en France métropolitaine.

Formalités d'adhésion

L'adhésion de toute entreprise ou tout organisme ci-après dénommé "Adhérent" ou "Entreprise adhérente" au contrat de prévoyance susvisé est réalisée aux clauses de la présente Notice et prend effet à la date fixée au certificat d'adhésion entreprise, sous réserve, d'une part, que l'un des exemplaires originaux du certificat d'adhésion entreprise soit retourné signé par l'Adhérent, d'autre part, que la liste nominative des membres du personnel à garantir ait été fournie au préalable.

Cette liste doit mentionner la situation de chacun au regard de son activité (congé maternité, congé sans solde, arrêt de travail, temps partiel pour raison médicale...).

L'assureur et le délégataire doivent pouvoir clairement identifier l'entreprise adhérente, au moment de l'adhésion et tout au long de la vie du contrat. Pour ce faire, il convient de nous faire parvenir les pièces justificatives relatives aux statuts (certifiés conformes), extrait K-Bis original de moins de 3 mois ainsi que tous documents permettant l'identification des dirigeants (photocopie de la carte d'identité du ou des dirigeant(s) et pouvoir du représentant de l'entreprise si celui-ci n'est pas mentionné sur l'extrait K-Bis). Ces pièces doivent nous être fournies dès l'origine de la souscription mais également lors de toutes modifications ultérieures.

L'Adhérent informera le délégataire de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc ...) dans les meilleurs délais.

Fiscalité

Les cotisations et prestations servies au titre du contrat Aviva Collective Prévoyance CCN 1947 sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

Caractère obligatoire de l'affiliation

Ce présent contrat est à affiliation obligatoire, par conséquent, la totalité du personnel salarié ou la totalité de la catégorie de personnel définie sur le certificat d'adhésion entreprise doit obligatoirement être affiliée.

Cette obligation s'étend sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation fiscale et sociale en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime de prévoyance collective complémentaire de l'entreprise.

Selon les réglementations précitées, il appartient à l'entreprise de conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque bénéficiaire concerné afin de les produire en cas de demande des administrations sociales et fiscales.

L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment de ses déclarations.

L'Adhérent s'engage à remettre à chaque Affilié contre récépissé une Notice d'information établie par le délégataire, résumant les garanties, définissant leurs droits et leurs obligations ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. L'Adhérent s'engage à informer par écrit les Affiliés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garantie, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat.

En cas de litige, la preuve de la remise de la notice initiale et/ou des notices ultérieurement modifiées incombe à l'Adhérent.

Entrée en vigueur de l'adhésion

Lorsque l'adhésion a pris effet, la garantie est acquise à chaque salarié qui prend la qualité d'affilié à compter :

- De la date d'effet de l'adhésion, s'il appartient au personnel affilié à cette date,
- Du jour où il remplit les conditions pour être affilié dans les autres cas.

Au jour de l'adhésion ou ultérieurement, les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons autres que médicales (congé sans solde, parental, sabbatique, ...) ne bénéficient pas des garanties pendant la période de suspension.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail de l'affilié au sein de l'effectif affilié, sous réserve que le délégataire en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'affilié concerné.

Lorsqu'un affilié perçoit une prestation au titre d'un précédent contrat, la prestation résultant de l'adhésion de son entreprise auprès de l'assureur sera servie sous déduction des prestations de l'autre organisme.

La prise en charge de toute prestation au bénéfice de personnes en état d'incapacité de travail ou d'invalidité à la date d'effet du contrat fera l'objet d'une tarification spécifique et d'une annexe spéciale au certificat d'adhésion entreprise. Il en sera de même si la revalorisation des prestations versées par le précédent organisme doit être prise en charge.

Durée de l'adhésion

L'adhésion expire le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque premier janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties signifiée par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Dans ce cas, les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par le délégataire de la lettre recommandée avec avis de réception par laquelle l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier son adhésion.

Etendue territoriale des garanties

Les garanties souscrites s'appliquent, dans le monde entier, sous réserve des exclusions énoncées, aux affiliés travaillant à temps complet ou partiel ou encore détachés hors de France au sens du Code de la Sécurité sociale.

Modifications de l'adhésion

Toutes modifications apportées aux garanties de l'adhésion ne peuvent être réalisées qu'à son échéance annuelle, sauf modifications liées à des évolutions légales ou réglementaires.

Révision

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application sont fixées compte tenu des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que des bases de versement des prestations de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de l'adhésion.

Si ces éléments venaient à être modifiés, l'assureur se réserve la possibilité de proposer une révision des conditions de garanties, à compter du premier jour du mois suivant l'application par la Sécurité sociale des dispositions nouvelles, l'Adhérent conservant la possibilité de refuser l'aménagement proposé, ce qui entraînera la résiliation de l'adhésion au 60^{ème} jour suivant la proposition de l'assureur.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Aucune indemnité n'est due à l'Adhérent.

Comptes de résultat - Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble du contrat de même nature auquel le contrat de l'Adhérent appartient, l'assureur établit des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui lui sont imputables.

L'assureur pourra éventuellement procéder, si le compte de résultats devient déficitaire à une révision tarifaire dans les conditions fixées à l'Article « Cotisations » de la présente Notice.

Dans ce cas, l'Adhérent sera informé au moins 2 mois avant le renouvellement.

► ARTICLE II - 2 - L’AFFILIATION AU CONTRAT

L'Adhérent s'engage à affilier, à la date d'effet du contrat, puis dès leur embauche ou leur promotion, tous les membres du personnel appartenant aux catégories définies au certificat d'adhésion entreprise. Ils sont ci-après dénommés "Affiliés".

Dispositions générales

Sont garantis au titre d'affiliés, tous les salariés :

- sous contrat de travail (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé individuel de formation), étant précisé que les salariés en état d'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ou d'INVALIDITE PERMANENTE à la date d'effet du contrat pourront être pris en charge sous réserve des dispositions prévues à l'Article « Effet des garanties » de la présente Notice.
- affiliés à la Sécurité sociale Française,

L'adhésion est nulle en cas de déclaration fausse ou incomplète de l'adhérent. Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle émane de l'affilié et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'affilié a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'assureur à cet affilié est nulle. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'assureur.

L'assureur qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription de ce contrat d'adhésion, sous réserve des sanctions prévues en cas de déclaration fausse ou incomplète.

Dispositions particulières pour les adhésions dont l'effectif affilié est inférieur à six salariés

À la date d'effet du contrat, chaque affilié doit remplir une déclaration de bonne santé, à défaut un questionnaire médical, lorsque l'effectif affilié est inférieur à six.

Le délégataire se réserve le droit de demander toute information médicale complémentaire ou tout examen médical. Suivant les conclusions de son médecin conseil, l'assureur peut :

- accepter d'assurer le groupe en adaptant si nécessaire les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les affiliés,
- refuser d'assurer le groupe.

Un questionnaire médical, quel que soit l'effectif, est obligatoire pour les salariés cotisant sur la tranche C.

Exception

Toutefois, si l'entreprise adhérente bénéficiait d'un précédent contrat équivalent à celui souscrit, la présente sélection médicale ne s'applique pas, à la condition d'en fournir la preuve sur présentation d'une copie du précédent contrat.

ARTICLE II - 2 – CESSATION DES GARANTIES

Radiation

L'affilié est radié dans les cas suivants :

- Le contrat de travail de l'affilié est rompu ou suspendu,
- L'affilié fait valoir ses droits à la retraite servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse,
- Liquidation de la retraite de Sécurité sociale, sauf dans le cas d'un cumul emploi retraite,
- Résiliation de l'adhésion, sauf en cas de maintien des garanties décès prévu aux articles Garanties et Prestations, Risque Incapacité de travail et Invalidité Permanente de l'affilié, Maintien des garanties décès aux affiliés en arrêt de travail.

Les événements survenus après la date de radiation de l'affilié ne donnent lieu à aucune prestation.

Résiliation

L'assureur peut résilier l'adhésion de l'entreprise dans les mêmes conditions de délai et de forme que dans le paragraphe Durée de l'adhésion de l'article II - 1.

L'adhésion peut également prendre fin à tout moment à l'initiative de l'assureur :

- Lorsque le nombre de personnes affiliées ne représente plus la totalité du personnel affiliable,
- A la date de la décision déclarant le redressement ou la liquidation judiciaire de l'Adhérent, sauf dans le cadre du maintien du contrat à la demande de l'administrateur judiciaire (cf Article Cas des Fusion, Absorption ou Cessation d'activité ci-après),
- Pour défaut de paiement des cotisations selon les modalités décrites à la présente Notice.

Toutefois, le paiement des prestations en cours de service, ainsi que leur revalorisation, se poursuivent dans les conditions définies dans la notice.

Cas des Fusion, absorption ou cessation d'activité

Toute cessation d'adhésion suivant une opération de fusion, absorption, de changement de statut, est assimilée à une résiliation.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'assureur conservent le droit de résilier le contrat d'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur est tenu de payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'assureur ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

La résiliation sera de plein droit en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

► ARTICLE II - 4 – DROITS DES AFFILIES APRES LA CESSATION DES GARANTIES

Assurance individuelle proposée après la cessation des garanties

Lorsque le contrat collectif à affiliation obligatoire est résilié et qu'il n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe, les affiliés qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire, dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation de l'adhésion, une des formules d'assurance à adhésion individuelle proposée par l'assureur, sous réserve de l'accord de ce dernier.

Les garanties sont accordées sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des affiliés concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait l'affilié à la date de résiliation.

Maintien de garanties au titre de la portabilité

(Article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009 et par avenant n°8 du 16/01/2013).

Personnes garanties : Les garanties prévues au titre de la convention sont maintenues aux salariés qui étaient affiliés au titre du contrat collectif antérieurement à la date de rupture de leur contrat de travail et bénéficiant de droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour autant que le contractant en fasse la demande à HENNER au plus tard 20 jours suivant la date de rupture du contrat de travail de l'ex-salarié. Néanmoins, ne sont pas éligibles dans le cadre de ce maintien :

- Les salariés dont la durée du dernier contrat de travail auprès du contractant est inférieure à 1 mois à la date de rupture du contrat de travail,
- Les salariés licenciés pour faute lourde.

Définition des garanties maintenues : Les garanties du régime s'appliquent dans les mêmes conditions que lorsque l'intéressé était en activité.

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourront conduire à ce qu'il perçoive des revenus supérieurs au montant des allocations chômage perçu le jour de son arrêt de travail. S'il n'en percevait pas, cette base des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

Effet des garanties : La date d'effet du maintien des garanties est fixée au lendemain, à 0 heure, de la date de rupture du contrat de travail.

Evolution des garanties et des cotisations : Les garanties ainsi que les cotisations suivront la même évolution que les garanties et cotisations du personnel actif, affilié au titre de la convention.

Il est également précisé que si pendant la période durant laquelle jouent les droits à la portabilité, la situation familiale de la personne affiliée change, cette dernière bénéficiera des prestations correspondant à sa nouvelle situation. Toutes les communications de l'affilié devront être relayées par l'intermédiaire du contractant.

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

La base des prestations applicable durant la période de maintien des garanties est celle calculée au jour de la rupture ou de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (à l'exception de tout élément de rémunération lié au départ du salarié).

Durée du maintien : Il s'agit d'un maintien temporaire, valable pendant la durée durant laquelle l'ex-salarié est au chômage. La durée de la portabilité est égale à la durée de son dernier contrat de travail auprès de l'entreprise contractante, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois (exemple : contrat de travail ayant une durée de 3 mois ½ = 3 mois de portabilité).

La durée de portabilité étant une durée fixe, la suspension des garanties chômage ne reporte pas d'autant la durée du maintien de couverture.

Le maintien cesse dès que l'ex-salarié reprend une activité professionnelle, à la fin de la période durant laquelle celui-ci peut prétendre aux indemnités chômage, et, en tout état de cause, lorsque l'ex-salarié fait valoir ses droits au bénéfice de la retraite. L'ancien salarié doit alors immédiatement informer son employeur ou HENNER.

Financement – Cotisations : Ce maintien est financé conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié, dans les proportions et conditions applicables aux salariés de l'entreprise. Nota : le non paiement par l'ex-salarié de sa quote-part de financement, à la date d'échéance des cotisations, libère l'ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir. La conséquence est la même lorsque l'ancien salarié ne peut plus justifier de ses droits aux indemnités chômage.

Résiliation : En cas de résiliation du contrat, le contractant s'engage à poursuivre, par l'intermédiaire d'un autre assureur, le maintien des garanties aux personnes en bénéficiant.

Renonciation au maintien : Le salarié qui ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'Accord National Interprofessionnel devra le notifier expressément par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivants la date de cessation ou de rupture de son contrat de travail. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties. A défaut, il sera réputé avoir accepté.

► ARTICLE II - 5 – LES COTISATIONS

Montant

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le (ou les) taux fixé(s) au certificat d'adhésion entreprise aux Tranches de salaire brut annuel des Affiliés, se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

Paiement

Les cotisations sont payables trimestriellement et dues le dernier jour du trimestre civil auquel elles se rapportent.

Elles sont payées directement par l'Adhérent qui est le seul responsable de leur versement, au plus tard, dans les 20 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil auquel elles se rapportent. A cet effet, ce dernier complète, selon les indications qu'ils comportent, les bordereaux trimestriels et les bordereaux de régularisation annuels qui lui sont adressés, et produit à la demande du délégataire, copie des éléments fournis à l'URSSAF ou transmet ceux-ci sous forme dématérialisée conformément aux normes en vigueur.

Les bordereaux de régularisation annuels doivent parvenir au délégataire au plus tard le 31 janvier suivant la fin de chaque exercice.

Cas de non paiement

Si dans les 10 (dix) jours après sa date limite de règlement de la cotisation, l'adhérent n'a pas réglé sa cotisation, le délégataire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée d'avertissement constituant mise en demeure avec accusé de réception, dans laquelle elle l'informe qu'au terme d'une période de trente jours suivant cette mise en demeure, les garanties seront suspendues.

Au terme de cette période de trente jours, une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception est adressée à l'adhérent lui notifiant qu'à l'expiration d'un délai de 10 jours si le versement n'est pas parvenu au délégataire, l'adhésion de l'entreprise sera automatiquement résiliée.

Dans le cas où, après avoir fait l'objet d'une suspension suivie ou non de résiliation, l'Adhérent demanderait au délégataire la reprise des garanties, cette reprise pourra être acceptée par celle-ci qui en fixera la date et les conditions.

Révision des taux de cotisation

Tout changement de taux de cotisations sera signifié à l'entreprise adhérente en respectant le délai de préavis fixé à 2 mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. En cas de refus du nouveau taux de cotisations, expressément signifié au délégataire par écrit au plus tard le 15 décembre de l'année en cours, l'adhésion est résiliée à l'échéance.

Révision des conditions de garanties d'ordre législatif ou réglementaire

Les taux de cotisations sont fixés compte tenu des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet du contrat. Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année, l'assureur procèderait sans délai à une révision du régime, dont les modalités seraient communiquées à l'entreprise adhérente.

En cas de refus de la révision envisagée dans le cadre d'un désengagement de la Sécurité sociale ou d'une modification substantielle de son régime, l'entreprise adhérente a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une dénonciation de l'entreprise adhérente, sans qu'il puisse être opposé à celle-ci le délai de préavis prévu à la présente Notice. Le non accomplissement de cette formalité avant le 31 décembre de l'exercice concerné rend applicable de plein droit, à la date prévue, le changement de taux ou la modification de la prestation.

CHAPITRE III - LES GARANTIES DECES OU PTIA

La nature et le montant des garanties et prestations retenues par l'Adhérent sont indiqués au certificat d'adhésion entreprise.

► ARTICLE III - 1 – LA GARANTIE « DECES »

Capital de base

Un capital de base, calculé en fonction du salaire annuel de base, est versé aux bénéficiaires.

Ce capital est défini au certificat d'adhésion entreprise.

Choix des bénéficiaires

L'affilié a le choix des bénéficiaires.

Ce choix peut ensuite être modifié.

Toute modification de choix de bénéficiaire par l'affilié doit être portée à la connaissance du délégataire.

Clause contractuelle

En cas de décès d'un affilié, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, la clause prévoit le versement du capital de base, par priorité :

- à son conjoint non divorcé ou non séparé judiciairement,
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité, déclaré préalablement au délégataire selon les règles définies dans la présente Notice
- à défaut, à son concubin déclaré préalablement au délégataire selon les règles définies à la présente Notice.
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés, et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge au moment du décès,
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

Lorsque l'adhésion prévoit un capital majoré en fonction de la situation de famille, les majorations pour enfants seront versées comme indiqué à l'article « Capital additionnel en cas d'enfant(s) à charge » ci-après.

En tout état de cause, la clause contractuelle des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant l'affilié,
- ou si l'affilié et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès,

Si l'affilié a souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires de même rang, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

En cas de PTIA, le capital est versé à l'affilié lui-même ou à son représentant légal.

Désignation particulière

L'affilié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix.

L'affilié doit informer le délégataire de sa désignation particulière par écrit. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toutefois, en cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, celle-ci devient irrévocable, sauf acceptation par ce même bénéficiaire de la substitution.

Lorsque le délégataire est informé du décès, elle avise le bénéficiaire si ses coordonnées ont été portées à sa connaissance lors de la désignation.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée (ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique), sauf si l'affilié a clairement manifesté par écrit sa volonté de déroger à cette règle.

A défaut de désignation particulière valable au jour du décès, il sera fait application de la clause contractuelle.

► ARTICLE III - 2 – LA GARANTIE « CAPITAL ADDITIONNEL EN CAS D'ENFANT(S) A CHARGE »

Lorsqu'au jour de son décès, l'affilié a un ou plusieurs enfants (légitimes, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis ou pupilles de la nation dont il est le tuteur), fiscalement à sa charge, ou pour lesquels il a versé, jusqu'à son décès, des pensions déductibles de ses revenus soumis à l'impôt sur le revenu, il sera versé à leur profit la prestation choisie au certificat d'adhésion entreprise, sous réserve que ces enfants :

- aient moins de 18 ans
- ou
- aient plus de 18 ans et moins de 26 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - être sous contrat d'apprentissage,
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
- ou
- soient handicapés sans condition d'âge, sous réserve qu'ils perçoivent l'allocation d'éducation spéciale ou l'allocation pour adulte handicapé, et que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire,
- ou
- soient le ou les enfants de son conjoint dont il avait la charge fiscale depuis au moins neuf ans et répondant aux conditions des a), b) ou c) ci-dessus.

En cas de naissance d'enfant viable dans les 300 jours (considéré comme une limite absolue) suivant le décès de l'affilié, et sous réserve d'une déclaration de grossesse au délégataire dans les 3 mois après ce décès, il est stipulé que cet enfant ouvrira également droit à ce capital additionnel.

Les enfants recueillis – dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – de l'affilié décédé sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès de l'affilié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Les conditions relatives à la scolarité, à l'affiliation au Régime de la Sécurité sociale des Étudiants ou au bénéfice des allocations pour adultes handicapés, doivent être réalisées dès le décès de l'affilié.

Ce capital est versé selon les dispositions suivantes :

- Pour les enfants mineurs, le délégataire remettra le capital déterminé comme il est dit ci-dessus, aux personnes ayant la charge effective des enfants après le décès de l'affilié,
- Pour les enfants majeurs, la part de capital déterminée comme il est dit ci-dessus, leur sera attribuée directement, ou à leur représentant légal (en cas de tutelle ou de curatelle).

► ARTICLE III - 3 – LA GARANTIE « CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT »

Lorsque le décès de l'affilié est consécutif à un accident, à condition toutefois qu'il survienne au plus tard un an après la date de l'accident, un capital supplémentaire, dont le montant est référencé par le certificat d'adhésion entreprise, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'affilié provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure.

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

Les prestations payables en cas de décès par accident ne sont dues que si le sinistre survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, des suites des blessures ou des lésions constatées à cette occasion. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'affilié, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent au bénéficiaire de la prestation. Toute décision d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'assureur.

Le capital supplémentaire est versé dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie CAPITAL DÉCÈS, soit aux bénéficiaires de l'affilié, soit à l'affilié lui-même (ou à son représentant légal) si l'accident dont il est victime conduit à une PTIA.

► ARTICLE III - 4 - LA GARANTIE « DOUBLE EFFET »

Cette garantie s'applique en complément de la garantie DÉCÈS en capital telle que prévue ci-dessus, en cas de décès du conjoint non remarié ayant moins de 65 ans, que le décès du conjoint soit simultané ou postérieur au décès de l'affilié, et alors qu'il reste des enfants à charge.

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires.

Les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du conjoint, dans la mesure où ils étaient déjà à la charge de l'affilié lors de son décès.

La base de calcul de cette garantie est revalorisée entre les deux décès en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C.

Par décès simultané, il faut entendre le décès des deux conjoints au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Cette garantie cesse pour l'ensemble des enfants en cas de résiliation du contrat entre le décès de l'affilié et celui du conjoint survivant.

Le partenaire lié par un PACS ou le concubin sont assimilés au conjoint pour le calcul du montant du capital en cas de décès et de double effet.

► ARTICLE III - 7 – LA GARANTIE « PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) »

La PTIA est assimilée au décès si l'état de l'affilié le conduit à remplir les conditions suivantes :

- se produire au cours de la période d'assurance;
- donner lieu à reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité de troisième catégorie en cours de période d'assurance ou d'une pension d'incapacité permanente de 100% au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- l'obliger à recourir sa vie durant à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- en outre, il doit être dans l'incapacité d'exercer toute activité lui procurant gain ou profit.

Afin que l'affilié bénéficie du versement anticipé du capital, son état de PTIA doit être reconnu par le délégataire.

Pour déterminer le montant du capital à verser, le délégataire prend en compte la situation de famille à la date à laquelle elle reconnaît l'état de PTIA.

Les capitaux versés en cas de PTIA sont identiques à ceux prévus en cas de décès auxquels ils se substituent.

Les capitaux destinés aux enfants à charge sont maintenus en cas de PTIA et versés selon les mêmes modalités prévues.

Le capital de base est versé à l'intéressé lui-même ou à son représentant légal.

Le versement des capitaux au titre de PTIA par anticipation met fin aux garanties décès et double effet.

Disposition particulière : Reprise d'activité professionnelle

Si l'affilié ayant perçu le capital PTIA reprend une activité professionnelle au sein d'une entreprise adhérente au présent contrat, il bénéficiera de la garantie d'un capital en cas de décès dont le montant ne pourra excéder 3 fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale (*) et à l'exclusion de toute autre prestation au titre du risque décès.

() en vigueur au jour du décès*

CHAPITRE IV - LES GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE

La nature et le montant des garanties et prestations retenues par l'Adhérent sont indiqués au certificat d'adhésion de l'entreprise.

► ARTICLE IV - 1 - DISPOSITIONS GENERALES

L'assureur via son délégataire verse une prestation à l'affilié dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle temporairement ou définitivement, quelle que soit la cause de l'arrêt de travail, maladie ou accident, indemnisé soit par le Régime Général d'Assurance Maladie, soit par la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité sociale, ci-après dénommés régime obligatoire de base.

Dans l'hypothèse où les indemnités journalières perçues de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme seraient réduites, celles-ci seront réputées avoir été versées à leur taux normal pour le calcul des prestations servies par l'assureur.

Cumul des Prestations - Subrogation

Il ne peut y avoir cumul entre les indemnités journalières et les rentes mensuelles d'invalidité de 2ème et 3ème catégories ou I.P.P (Invalidité Permanente Professionnelle) supérieure ou égale à 66%, versées par l'assureur pour une même affection. Le cumul des prestations de l'assureur avec celles du régime obligatoire de base, de tout autre régime de prévoyance dont pourrait bénéficier l'affilié, et du traitement payé par l'entreprise, est autorisé dans la limite du salaire annuel de base, éventuellement revalorisé.

Le cumul des sommes versées par l'assureur via son délégataire, la Sécurité sociale, l'Adhérent et le cas échéant, de toutes celles versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder:

- en cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 100% du salaire annuel de base (de référence du dossier arrêt de travail) de l'affilié à la veille de son arrêt de travail et revalorisé au jour de l'événement donnant lieu à détermination ou à un nouveau calcul du montant de la prestation,
- en cas d'invalidité ainsi que, dans tous les cas après rupture du contrat de travail, 90% du salaire annuel de base (de référence du dossier arrêt de travail) de l'affilié payé à la veille de son arrêt de travail et revalorisé comme ci-dessus.

En tout état de cause, les prestations servies par l'assureur via son délégataire seront alors réduites à due concurrence.

L'assureur via son délégataire est subrogé dans les droits de l'affilié à l'égard du tiers responsable pour les prestations qu'elle prend en charge dans les limites de la loi 85-677 du 5 juillet 1985.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise partielle d'activité, des indemnités ou rentes complémentaires réduites peuvent être accordées dans la limite fixée par la règle de cumul, si l'affilié perçoit une rémunération correspondante de l'employeur et continue à bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

► ARTICLE IV - 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Définition

Tout Affilié a droit à une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, sous réserve que l'intéressé bénéficie, depuis le début de son arrêt de travail, des prestations en espèces du régime obligatoire de base, sous réserve du contrôle médical prévu à la présente Notice.

Montant de la prestation

Le montant de l'indemnité journalière est, selon le niveau retenu au certificat d'adhésion, égal à un pourcentage de la 365ème partie du salaire annuel de base, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Lorsqu'un affilié reprend son activité au service de l'entreprise adhérente dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est égal à la différence entre :

- d'une part, le salaire qui aurait été perçu si l'affilié avait travaillé à temps plein,
- d'autre part, le cumul du salaire versé par l'entreprise adhérente et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité sociale.

Conditions de versement

L'indemnité journalière est versée au terme de la franchise choisie figurant au certificat d'adhésion entreprise.

La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise. Toutefois, la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

En cas de rechute consécutive à la même pathologie, la franchise ne sera pas appliquée si le nouvel arrêt intervient dans les 60 jours suivant la reprise d'activité. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation du contrat d'adhésion, il ne donnera pas lieu à indemnisation.

De même et uniquement dans ce cas là, le salaire annuel de base servant au calcul des prestations sera celui de la 1^{ère} période d'indemnisation. Il en va de même en cas de décès moins de 60 jours suivant la reprise d'activité.

Aucune indemnité journalière n'est versée pendant la durée du congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maternité.

Le service de l'indemnité journalière prend fin :

- En cas de cessation du service de l'Indemnité Journalière du régime obligatoire de base,
- Dès l'attribution de la rente mensuelle d'invalidité ou rente d'incapacité permanente définies à la présente notice,
- Au jour où l'affilié peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité sociale à taux plein,
- A la date de la liquidation de la pension de retraite servie par la Caisse National d'Assurance Vieillesse sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite,
- A la date du décès de l'affilié,
- Lorsqu'au jour de l'examen médical, dans le cadre de l'expertise stipulée, le médecin expert a conclu à un arrêt de travail non justifié.

► ARTICLE IV - 3 - INVALIDITE PERMANENTE

Définition

Tout affilié classé en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre d'une pension de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie versée au titre de l'article L341-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité, sous réserve du contrôle médical prévu à la présente notice.

En vue de la détermination du montant de la pension, les affiliés sont classés dans l'une des catégories d'invalidité visées à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale :

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

La rente est payée trimestriellement, à terme échu.

Montant

Lorsque l'affilié est classé par la Sécurité sociale en 1ère, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides, la rente mensuelle d'invalidité est égale au 12^{ème} d'un pourcentage du salaire annuel de base, sous déduction du montant mensuel de la prestation du régime obligatoire de base déterminé à la date du classement en invalidité ou d'attribution de la rente d'incapacité permanente d'accident du travail.

Après rupture du contrat de travail, la prestation invalidité permanente est maintenue sur la base du salaire net, déduction faite des prélèvements obligatoires restant à charge.

Cessation de versement

Le service de la rente mensuelle d'invalidité cesse le jour même lorsque :

- Le Régime Général d'Assurance Maladie suspend, ou supprime la pension d'invalidité,
- Le taux de la rente d'incapacité permanente devient inférieur à 33%,
- La rente d'incapacité permanente est rachetée,
- La pension d'invalidité est remplacée par la pension vieillesse, pour inaptitude au travail *,
- L'affilié décède,
- Au jour de l'examen médical, dans le cadre de l'expertise, le médecin expert a conclu que l'état d'invalidité n'est plus justifié,
- L'affilié peut obtenir la liquidation de sa pension vieillesse Sécurité sociale à taux plein,
- L'affilié peut obtenir la liquidation de la retraite complémentaire versée par la Caisse Nationale d'assurance Vieillesse. *

* Le service de la rente mensuelle d'invalidité cesse à la fin du mois en cours.

Si du fait de l'évolution de son affection, l'affilié change de catégorie d'invalidité après la résiliation de l'adhésion ou de la garantie, l'assureur via son délégataire indemnise sur la base de la nouvelle catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale.

► **ARTICLE IV - 4 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'affilié qui a dû cesser son travail par suite de maladie ou d'accident pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, perçoit de l'assureur via son délégataire une indemnité journalière complémentaire dont le montant correspond à la différence éventuellement constatée entre :

- d'une part la somme des indemnités de l'assureur via son délégataire et de la Sécurité sociale auraient versées si L'affilié avait relevé de l'assurance maladie de la Sécurité sociale, et
- d'autre part le montant des indemnités journalières effectivement versées par la Sécurité sociale.

Les modalités et durée de paiement de cette prestation sont identiques à celles des indemnités journalières complémentaires telles que définies à l'Article IV -2 ci-dessus.

En cas d'incapacité permanente

L'affilié qui a dû cesser son travail par suite de maladie professionnelle ou d'accident du travail pendant la période d'affiliation et bénéficiant à ce titre de la reconnaissance par la Sécurité sociale, au titre de l'article L434-2 alinéa 1er du Code de la Sécurité sociale, d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33%, entraînant le versement d'une rente au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, perçoit de l'assureur via son délégataire une rente complémentaire.

Les modalités et durée de paiement de cette rente complémentaire sont identiques à celles des rentes invalidité telles que définies à l'article IV – 3 ci-dessus.

► ARTICLE IV - 5 - MAINTIEN DES GARANTIES DECES AUX AFFILIÉS EN ARRÊT DE TRAVAIL

Sous réserve que le contrat de l'entreprise prévoie des garanties incapacité de travail, invalidité, et décès/PTIA, tout Affilié en arrêt de travail a droit au maintien de la garantie en cas de décès ou d'une PTIA.

Les garanties Décès (toutes causes ou accidentel, sous forme de capital ou de rente, ainsi que le versement anticipé du capital en cas de PTIA) sont maintenues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un affilié, y compris après la résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues ci-après. Toutefois, les garanties couvrant le décès du conjoint ou des enfants à charge cessent à la résiliation de ce contrat d'adhésion.

Si l'affilié a été admis au contrat d'adhésion alors qu'il se trouvait déjà en arrêt de travail, les garanties décès ne lui sont pas maintenues, sauf dispositions contraires prévues par avenant au contrat.

Montant des garanties maintenues

Le montant des garanties maintenues est celui prévu au titre de l'adhésion, sous déduction de celui éventuellement maintenu par le(s) précédent(s) assureur(s).

Toutefois, en cas de rupture du contrat de travail de l'affilié en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de ladite rupture.

Assiette des prestations

Le salaire annuel de base défini à l'Article V - 1 Base de garantie déterminé à l'arrêt de travail ayant précédé le décès de l'affilié, est revalorisé en fonction de

l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C. entre :

- la date d'arrêt de travail et la date du décès, lorsque le contrat d'adhésion est en vigueur,
- la date d'arrêt de travail et la date de résiliation, lorsque le contrat d'adhésion est résilié.

Cotisation

La cotisation pour l'affilié en arrêt de travail reste due à l'assureur sur le salaire total ou partiel maintenu déclaré à l'administration fiscale, y compris les indemnités journalières complémentaires éventuellement versées dans le cadre d'un régime de prévoyance obligatoire.

Cessation du maintien des garanties Décès

Le maintien des garanties décès cesse :

- à la date de fin d'indemnisation de l'arrêt de travail par la Sécurité sociale au titre des prestations en espèces de l'assurance Maladie, de l'assurance Invalidité ou de la Législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles,
- à la date à laquelle l'affilié ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement de prestations incapacité de travail – invalidité, complémentaires à celles de la Sécurité sociale,
- à la date de liquidation de la retraite Sécurité sociale.

CHAPITRE V - MONTANT DES PRESTATIONS

La nature et le montant des garanties et prestations retenues par l'Adhérent sont indiqués au certificat d'adhésion de l'entreprise.

► ARTICLE V - 1 – BASE DE GARANTIE

Les prestations décès et arrêt de travail sont calculées, sauf exception, en fonction du salaire annuel de base égal à la rémunération brute des Affiliés, déclarée par l'Adhérent à l'URSSAF, dans la limite de 8 fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Salaire Annuel de Base (S.A.B)

Celui-ci comprend non seulement la rémunération normale, mais également les gratifications, primes ou commissions entrant dans le salaire brut que l'affilié a perçu pendant les 4 trimestres civils d'activité ayant précédé celui au cours duquel s'est produit l'événement ouvrant droit aux prestations.

Le salaire est divisé en 3 Tranches :

- Tranche A : fraction du salaire limitée au Plafond Annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B : fraction de salaire supérieure à un plafond annuel Sécurité sociale et limitée à 4 plafonds annuels Sécurité sociale.
- Tranche C : fraction de salaire supérieure à 4 plafonds annuel Sécurité sociale et limitée à 8 plafonds annuels Sécurité sociale.

Limitation des garanties :

Pour le risque décès, en aucun cas le cumul des capitaux garantis en cas de décès :

- capital de base et capital additionnel en cas d'enfant à charge
- capital supplémentaire en cas décès par accident

ne pourra excéder deux millions cinq cent mille euros.

Pour la tranche C et pour toutes les garanties le montant des prestations sur la Tranche C est réduit de 20% par rapport à la Tranche B mais les cotisations sont dues intégralement.

Le certificat d'adhésion entreprise précise les Tranches de salaire retenues pour le calcul des prestations et des cotisations.

Cas particulier de l'affilié n'ayant pas 4 trimestres civils d'activité

Dans le cas où l'événement ouvrant droit aux prestations survient avant que l'affilié ait 4 trimestres civils d'activité, son salaire annuel de base est déterminé sur la base du salaire mensuel d'embauche ou de promotion, augmenté des primes éventuelles perçues sur la période et l'ensemble recalculé sur une base annuelle.

Il en est de même lorsqu'un affilié n'a pas 4 trimestres civils d'activité entre 2 événements indemnisés par l'assureur, hors cas de rechute, mais sur la base du premier mois civil du salaire de reprise d'activité suivant le premier événement.

Lorsque le premier de ces 2 événements n'a pas été indemnisé par l'assureur, les salaires pris en compte seront les salaires des 4 trimestres civils, le cas échéant reconstitués, précédant l'événement à indemniser.

Cette reconstitution du salaire annuel de base s'applique également à l'affilié reprenant son activité après un congé sans solde de longue durée (congé sabbatique, congé parental) et qui n'a pas 4 trimestres civils d'activité.

► ARTICLE V - 2 – RISQUE DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L'AFFILIÉ

Choix de l'entreprise adhérente

Le présent contrat propose à l'entreprise adhérente un régime unique :

- Capital décès de base ;
- Capital additionnelle pour enfant à charge ;
- Capital supplémentaire en cas de décès par accident.

Règle de calcul des capitaux Décès

Si un même événement occasionne à la fois le décès de l'affilié et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès :

- pour le calcul du montant du capital en cas de décès, l'Assureur considère que l'affilié est décédé le premier ;
- pour le versement du capital en cas de décès, l'Assureur considère que l'affilié est décédé le dernier.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès de l'affilié.

En outre, le concubin ou le partenaire doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'affilié par la production notamment, d'une copie du dernier avis d'imposition.

Dans un couple vivant en concubinage, le concubin ou la concubine doit être au regard de l'état civil, ainsi que l'affilié décédé, libre de tout lien de mariage ou de contrat de Pacs. A cet effet, il devra obligatoirement être produit, par l'affilié et par le concubin, un extrait d'acte de naissance, avec toutes les mentions marginales, de moins de trois mois au jour de l'affiliation.

Montant des garanties Décès

CAPITAL DECES OU PTIA TOUTES CAUSES	
Célibataire, veuf, divorcé, marié sans enfant à charge	300%
Majoration par enfant à charge	50%
CAPITAL DECES OU PTIA PAR ACCIDENT	
Capital supplémentaire (en % du capital décès toutes causes)	100%
CAPITAL "DOUBLE EFFET"	
Capital supplémentaire (en % du capital décès toutes causes)	100%

► ARTICLE V - 3 – RISQUE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Indemnité Journalière

Il sera versé au delà du délai de franchise choisi une indemnité journalière égale à 80% de la 365ème partie du salaire de base sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Franchise

Délai après lequel intervient le versement de l'indemnité journalière.

A compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu.

► ARTICLE V - 4 - RENTE MENSUELLE INVALIDITE

Invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle :

- A compter du classement par la Sécurité sociale en invalidité de 1ère catégorie, versement d'une rente temporaire d'invalidité égale à 48 % de la 12ème partie du salaire annuel de base, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.
- A compter du classement par la Sécurité sociale en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie, versement d'une rente mensuelle temporaire d'invalidité égale à 80% de la 12ème partie du salaire annuel de base, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident d'origine professionnelle :

- Si le taux d'invalidité N est supérieur ou égal à 66%, versement d'une rente mensuelle temporaire d'invalidité égale à 80% de la 12ème partie du salaire annuel de base, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.
- Si le taux d'invalidité N est compris entre 33% et 66%, versement d'une rente temporaire d'invalidité égale à : $\frac{3}{2} \times N$ de la rente définie ci-dessus.

Tous les événements pouvant donner lieu au versement d'une prestation doivent être déclarés au délégataire, par l'Adhérent, les Affiliés ou les bénéficiaires, dès qu'ils en ont connaissance, dans les conditions ci-après.

► ARTICLE VI - 1 – DECES

Pièces à fournir par l'entreprise adhérente

- Une attestation des salaires des 4 trimestres civils précédant le décès, commissions, gratifications et primes mentionnées séparément, avec indication des périodes auxquelles elles se rapportent, sauf si le décès intervient au cours d'une période d'indemnisation d'arrêt de travail par l'assureur,
- Une déclaration certifiant que l'affilié figurait bien à l'effectif de l'entreprise.

Pièces à fournir par les bénéficiaires

- un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois avec mentions marginales et un acte de notoriété du décédé, mentionnant l'ordre des héritiers,
- un extrait d'acte de décès original,
- un certificat médical précisant les circonstances du décès sous pli confidentiel adressé au médecin conseil du délégataire,
- un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois avec mentions marginales, pour chaque bénéficiaire,
- une photocopie intégrale, certifiée conforme, du livret de famille,
- le choix du module retenu par le bénéficiaire,
- la désignation de bénéficiaires s'il en a été complétée une,
- si le décès est précédé d'un arrêt de travail : Bordereau de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées,
- si le bénéficiaire est mineur : Ordonnance du juge des tutelles autorisant le règlement sous la responsabilité de l'administrateur légal,
- si l'affilié est célibataire, veuf ou divorcé : Acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance,
- en cas de disparition : Document fourni par le Tribunal compétent entérinant les faits,
- photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires s'ils sont différents du conjoint et/ou des enfants à charge,
- en cas de divorce et si l'affilié n'avait pas la garde des enfants, copie du jugement de divorce,
- une photocopie du Pacte Civil de Solidarité délivré par le greffe du tribunal d'instance si le bénéficiaire désigné est le co-signataire de Pacs, sous réserve que les règles prévues à la présente Notice.
- un certificat de vie commune délivré par la mairie ou tout autre justificatif émanant d'un organisme administratif si le bénéficiaire désigné est le concubin et sous réserve que la définition les règles prévues à la présente notice.
- Copie du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- Au moins deux justificatifs de la qualité de concubins ou de partenaires liés par un Pacs, preuve du domicile commun au moment du décès : quittance EDF, facture téléphonique, bail commun, attestation d'assurance, formulaire de témoignage du greffe du Tribunal d'instance.
- Ainsi que tous formulaires fournis par le délégataire pour la gestion du sinistre

Dans le cas où la garantie du capital additionnel en cas d'enfant(s) à charge est applicable, il convient de transmettre également

- La photocopie du dernier avis d'imposition ou toute autre pièce justificative, attestant que le ou les enfants étaient fiscalement à la charge de l'affilié, au jour de son décès (attestation du centre d'imposition),
- La photocopie de la dernière déclaration fiscale,
- Un engagement sur l'honneur de la personne ayant, après le décès de l'affilié, la charge du ou des enfants, déclarant qu'elle en a effectivement la charge et qu'elle fournira ultérieurement à l'assureur, l'avis d'imposition correspondant à l'année du décès,
- Un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois avec mentions marginales pour chacun des enfants bénéficiaires,
- Enfants de 18 à 26 ans poursuivant leurs études : attestation établie par le chef de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté par l'enfant, certifiant qu'il a suivi les cours jusqu'à la date du décès de l'affilié ou jusqu'au terme de l'année scolaire ou universitaire précédant le décès s'il survient au cours des vacances scolaires et s'il a l'âge requis, attestation d'inscription au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- Enfants de 18 à 26 ans placés en apprentissage : copie du contrat d'apprentissage,
- Enfants de 18 à 26 ans suivant une formation en alternance : Copie du contrat de formation en alternance,
- Enfants percevant une des allocations pour adultes handicapés : attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé,
- Ascendants directs de l'affilié vivant au foyer de ce dernier : attestation de paiement de l'allocation Supplémentaire du Fonds National de Solidarité,
- Ainsi que tous formulaires fournis par le délégataire pour la gestion du sinistre

Dans le cas où la garantie capital supplémentaire en cas de décès par accident s'applique

- Tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès : le rapport de police ou de gendarmerie, le procès verbal de gendarmerie, coupures de presse,...
- Ainsi que tous formulaires fournis par le délégataire pour la gestion du sinistre

▶ ARTICLE VI - 2 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Le versement du capital PTIA doit être demandé au plus tard dans les 2 mois suivant la liquidation de la pension retraite de l'affilié par lui-même ou son représentant légal.

Pièces à fournir par l'entreprise adhérente

- Une attestation des salaires des 4 trimestres civils précédant la date de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, commissions, gratifications et primes mentionnées séparément, avec indication des périodes auxquelles elles se rapportent, sauf si cette invalidité absolue et définitive intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'assureur.

Pièces à fournir par L'affilié

- Une demande manuscrite de versement du capital invalidité absolue et définitive, datée et signée, de l'affilié ou de son représentant légal,
- La notification d'attribution d'une pension de 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale avec majoration pour assistance d'une tierce personne ou d'une rente d'incapacité de travail au taux de 100% faisant apparaître l'Allocation pour tierce personne,
- Un certificat médical détaillé concluant à un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous pli confidentiel adressé au médecin conseil du délégataire, rédigé par le médecin traitant,
- Un extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois de l'affilié avec mentions marginales,
- une copie certifiée conforme du livret de famille,
- le cas échéant, les pièces concernant les enfants à charge demandées ci-dessus pour la « Garantie du capital additionnel en cas d'enfant(s) à charge »,
- le cas échéant, si l'affilié est célibataire, veuf ou divorcé : Acte de notoriété ou certificat d'hérédité ou de propriété établi par le greffe du Tribunal d'Instance,
- Toutes les autres pièces qui se révéleraient nécessaires.
- Ainsi que tous formulaires fournis par le délégataire pour la gestion du sinistre

► ARTICLE VI - 3 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Tous les arrêts de travail entraînant ou pouvant entraîner le service des prestations définies à la présente notice, doivent être déclarés par l'Adhérent, avant l'expiration du délai de franchise et en tout état de cause dans les 6 mois suivant la date de l'arrêt de travail. En cas de déclaration tardive, les prestations ne sont dues qu'à compter du jour de déclaration effective à l'assureur.

L'Adhérent doit également communiquer à l'assureur la date de reprise d'activité d'un Affilié en arrêt de travail dans les 15 jours suivant cette reprise.

En tout état de cause, aucune déclaration présentée au-delà du délai de prescription prévu à la notice après l'arrêt de travail ne pourra être prise en considération.

Pièces à fournir par l'entreprise adhérente ou l'affilié

- Une attestation, établie par l'entreprise, des salaires des 4 trimestres civils précédant l'arrêt de travail, commissions, gratifications et primes mentionnées séparément, avec indication des périodes auxquelles elles se rapportent,
- Le certificat initial d'arrêt de travail et les pièces portant prolongation d'arrêt de travail,
- Un certificat médical indiquant la cause de l'arrêt et/ou la nature de l'affection, la date de première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail (adressé sous pli confidentiel au médecin conseil du délégataire par le médecin traitant de l'affilié),
- Les justificatifs de versement des prestations en espèces (Indemnités Journalières) de la Sécurité sociale,
- La déclaration, établie par l'entreprise, du montant du salaire maintenu en cas de mi-temps thérapeutique, maintien du salaire au titre de la convention collective, etc,
- En cas de rechute dans les 60 jours suivant la reprise de travail, un certificat médical justifiant qu'il s'agit d'une même affection,
- En cas de licenciement, le RIB de l'ancien salarié, un justificatif de domicile, la photocopie du certificat de travail,
- En cas de pension d'invalidité, les photocopies de la notification délivrée par la Sécurité sociale, et, chaque année, la justification des règlements de cet organisme ainsi que le dernier avis d'imposition de l'affilié,
- En cas de pension d'invalidité, si le salarié poursuit une activité salariée, les photocopies des certificats de salaire pour le trimestre concerné ou l'attestation des versements des indemnités par le Pôle Emploi,
- En cas de pension d'invalidité, après la rupture du contrat de travail (licenciement), une photocopie de la lettre de rupture du contrat de travail ou une attestation de l'employeur précisant la date de sortie de l'Affilié, une photocopie de l'attestation de paiement ou de non paiement émise par le Pôle Emploi,
- Toutes les autres pièces qui se révéleraient nécessaires.
- Ainsi que tous formulaires fournis par le délégataire pour la gestion du sinistre

► ARTICLE VI - 4 - MODE DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Toutes les prestations du délégataire sont payées par virement bancaire.

Tout bénéficiaire ou destinataire de prestation est tenu de fournir un relevé d'identité bancaire ou équivalent.

L'indemnité journalière d'Incapacité Temporaire Totale de Travail est payable à l'Adhérent tant que le contrat de travail n'est pas rompu, puis à l'affilié dans le cas contraire. Chaque mois entier est décompté pour trente jours, et, en cas d'interruption de travail inférieure à un mois, l'indemnité journalière est réglée au prorata du nombre de jours calendaires d'interruption.

La rente mensuelle d'invalidité est payable à l'affilié par trimestre civil, à terme échu, avec prorata au nombre de jours calendaires au décès.

► ARTICLE VI - 5 : REVALORISATION

Revalorisation du salaire annuel de base

Pour le calcul des prestations en cas de décès ou de PTIA, lorsque ces événements surviennent au cours d'un arrêt de travail, le salaire annuel de base est revalorisé dans les mêmes conditions que celles applicables aux prestations d'arrêt de travail entre la date de survenance de l'arrêt et le décès.

En cas de résiliation de l'adhésion ou de la garantie, la revalorisation est calculée et acquise jusqu'à cette date à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

L'assureur ne procédera à aucune revalorisation de salaire sur une période non couverte par le contrat.

Revalorisation des prestations

Les prestations incapacité de travail et invalidité permanente sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'A.G.I.R.C. entre la date d'arrêt de travail (ou du décès) et la date d'échéance de la prestation correspondante.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la garantie, pour quelque cause que ce soit et à condition que les prestations continuent d'être dues, le service des prestations en cours se poursuit jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint à la date de la résiliation et sans revalorisation ultérieure.

L'assureur ne procédera à aucune revalorisation de prestation sur une période non couverte par le contrat.

► ARTICLE VI - 6 : RISQUES EXCLUS

Toutes garanties

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

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'affilié au cours de la première année d'assurance. Si l'affilié était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89- 1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,
- de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'affilié à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.

Garanties Décès accidentel et Incapacité Temporaire Totale de Travail / Invalidité Permanente

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

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

Garantie Décès accidentel

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

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

► ARTICLE VI – 7 : CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE MEDICAL

Préalablement à tout règlement de prestations prévues au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente, l'assureur via son délégataire se réserve le droit de soumettre l'affilié à un contrôle médical auprès d'un médecin expert indépendant. Les honoraires de ce médecin expert sont pris en charge par le Délégataire. Les frais de déplacement de l'affilié restent à la charge de ce dernier.

Les conclusions de ce contrôle médical seront notifiées à l'affilié par lettre recommandée. Elles peuvent conduire l'assureur via son délégataire à réduire ou à suspendre ou à cesser ou à refuser le versement des prestations.

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et le médecin conseil du Délégataire sur l'état de santé de l'affilié, il pourra être procédé à un arbitrage médical après accord des parties. L'affilié devra adresser au médecin conseil du Délégataire, par lettre recommandée et sous pli confidentiel, un certificat de son médecin motivant son désaccord sur les conclusions du rapport médical déposé par son confrère. L'assureur via son délégataire proposera alors à l'affilié une liste de trois médecins experts indépendants, dans laquelle l'affilié choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les honoraires du médecin arbitre seront supportés pour moitié par l'assuré, et pour l'autre moitié par le Délégataire. L'arbitrage médical pourra avoir lieu en présence du médecin de l'affilié. Il appartiendra à l'affilié d'aviser son médecin du suivi de cette arbitrage et de prendre en charge les frais et honoraires de son médecin.

A défaut d'accord entre le médecin de l'affilié et le médecin conseil du Délégataire sur la nomination du tiers expert, la désignation sera effectuée à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'affilié.

En cas de refus de la part de l'affilié de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité Sociale ou de se soumettre à un contrôle médical, les prestations seront suspendues.

