



Prévoyance Entreprise

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat n° **2284438**
régé par le Code des Assurances

souscrit par **HSBC CONTINENTAL EUROPE**
dont le siège social est
38 AVENUE KLEBER
75116 PARIS
(LE SOUSCRIPTEUR)

auprès

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

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

NOTICE D' INFORMATION

Ce document contractuel est constitué des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES	5
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE	5
ARTICLE 4 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	6
ARTICLE 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE	7
ARTICLE 6 - SALAIRE DE REFERENCE / BASE DE L'ASSURANCE	8
ARTICLE 7 - REVALORISATION DU CAPITAL EN CAS DE DECES	8
ARTICLE 8 - EXCLUSIONS	9
ARTICLE 9 - RECLAMATION	9
ARTICLE 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	9
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION	10
ARTICLE 12 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE	12
CHAPITRE 2 DECES	13
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 2 - MONTANT DU CAPITAL	13
ARTICLE 3 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE	13
ARTICLE 4 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES	14
ARTICLE 5 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	15
ARTICLE 6 - FRAIS D'OBSEQUES	15
ARTICLE 7 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE	16
ARTICLE 8 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	16
CHAPITRE 3 DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE	18
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 2 - DEFINITIONS	18
ARTICLE 3 - MONTANT DU CAPITAL	19
ARTICLE 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	19
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	19
CHAPITRE 4 RENTE EDUCATION	20
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	20
ARTICLE 2 - DECES DE L'ASSURE	20
ARTICLE 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE	20
ARTICLE 4 - MODALITES DE REGLEMENT	21
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	21
CHAPITRE 5 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE	22
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	22
ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	22
ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE	23
ARTICLE 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	25
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	25
ARTICLE 6 - CONTROLE MEDICAL	26
ARTICLE 7 - SUBROGATION	26
CHAPITRE 6 EXTENSION AUX EXPATRIES CFE	27

ARTICLE 1 - BASE DE L'ASSURANCE	27
ARTICLE 2 - CESSATION DE L'ASSURANCE	27
CHAPITRE 7 EXTENSION DE L'ASSURANCE AUX STAGIAIRES REMUNERES SOUS CONVENTION DE STAGE	28
ARTICLE 1 - GARANTIES ASSUREES	28
ARTICLE 2 - BASE DE L'ASSURANCE	28
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	28
CHAPITRE 8 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURENACE CHOMAGE	29
ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN	29
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN	29
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES	29
ARTICLE 4 - MODALITES DU MAINTIEN	29
ARTICLE 5 - MODALITES D'INFORMATION	30
ARTICLE 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	30
CHAPITRE 9 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL AVEC INDEMNISATION DU POLE EMPLOI	31
ARTICLE 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES	31
ARTICLE 2 - GARANTIES ASSUREES	31
ARTICLE 3 - MODALITES DU MAINTIEN	31
ARTICLE 5 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	31
CHAPITRE 10 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE PARENTAL D'EDUCATION A 100%	32
ARTICLE 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES	32
ARTICLE 2 - GARANTIES ASSUREES	32
ARTICLE 3 - BASE DE L'ASSURANCE	32
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	32
CHAPITRE 11 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE DE RECLASSEMENT	33
ARTICLE 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES	33
ARTICLE 2 - GARANTIES ASSUREES	33
ARTICLE 3 - BASE DE L'ASSURANCE	33
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	33
CHAPITRE 12 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE DE FIN DE CARRIERE ET DE SOLIDARITE (CFCS)	34
ARTICLE 1 - DATE D'EFFET ET FORMALITE	34
ARTICLE 2 - GARANTIES ASSUREES	34
ARTICLE 3 - BASE DE L'ASSURANCE	34
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	34
CHAPITRE 13 MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CADRE D'UNE CLAUSE DE NON CONCURRENCE	35
ARTICLE 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES	35
ARTICLE 2 - GARANTIES ASSUREES	35
ARTICLE 3 - BASE DE L'ASSURANCE	35
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE	35
CHAPITRE 14 SERVICES D'ASSISTANCE	36

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	36
ARTICLE 2 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE	36
ARTICLE 3 - ASSISTANCE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL.....	37
ARTICLE 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL	38
ARTICLE 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE	39

CHAPITRE 15 PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT 41

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

Fait à PARIS, le 20 janvier 2025.

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

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

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - DOUBLE EFFET - FRAIS D'OBSEQUES),
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (VIE PROFESSIONNELLE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

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

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX HUIT.

Les dispositions du présent contrat se substituent à celles du contrat précédemment émis sous le même numéro.

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

Il peut être dénoncé :

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

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

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

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

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

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

4.1 Admission à l'assurance

Sont admis au contrat :

- à sa date d'effet, l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat précédent celui-ci,
- ultérieurement, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée, les salariés dont le contrat de travail est en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du contrat, sous réserve des dispositions suivantes.

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

Les salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail cessent d'être couverts à zéro heure, le premier jour de la suspension du contrat de travail du fait d'un congé de type (congé sans solde exceptionnel d'une durée supérieure à un mois, congé pour convenances personnelles d'une durée supérieure à un mois, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental à 100 %, sauf si l'assuré demande un maintien des garanties moyennant le paiement des cotisations correspondantes selon modalités Chapitre 10 « MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE PARENTAL D'EDUCATION A 100%».

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

4.2 Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5,
Toutefois, les garanties sont maintenues pendant la durée du préavis non effectué et tant que le salarié demeure sans emploi, la base des prestations étant le salaire brut soumis à cotisations sociales des 12 derniers mois d'activité précédant le sinistre, limité à 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale et revalorisé le cas échéant.
Les garanties cessent à l'expiration théorique du préavis, sauf si cette assurance se poursuit au titre du MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE, tel que prévu au Chapitre 8.
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

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

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

Les cotisations à ce contrat d'assurance individuel seront à la charge exclusive de l'assuré.

Article 5 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE FRANCAISE

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

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

5.1 Niveau de chaque garantie

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

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

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

5.2 Base des prestations

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

5.3 Revalorisation de la base des prestations

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

5.4 Cotisation

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

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

5.5 Fin du maintien de chaque garantie

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

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité sociale française,

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

La garantie Double effet reste maintenue au bénéfice des conjoints des assurés décédés aux conditions indiquées à Chapitre 2 (article7) et dans la limite de douze mois suivant le décès de l'assuré

Article 6 - SALAIRE DE REFERENCE / BASE DE L'ASSURANCE

6.1 Base de cotisation

Le salaire de référence servant de base de cotisation est le salaire annuel brut soumis à cotisations sociales, limité à huit fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice d'assurance considéré. **Il exclut les sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail, de l'intéressement et de la participation et des avantages liés à d'éventuels stocks options, actions HSBC ou système équivalent.**

Les cotisations sont dues uniquement sur le salaire versé par le souscripteur, elles ne sont pas dues sur les indemnités journalières de la Sécurité Sociale ni sur les indemnités versées dans le cadre du régime de Prévoyance obligatoire.

6.2 Base des prestations

Le salaire de référence servant de base des prestations est la somme du salaire brut soumis à cotisations sociales des douze derniers mois précédant le mois au cours duquel survient l'arrêt de travail ou le décès lorsque ce dernier n'est pas précédé d'un arrêt de travail, limité à huit fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Si la part variable liée à la performance individuelle, prise en compte dans le calcul de la base des prestations est inférieure à la moyenne de la part variable liée à la performance des trois années précédant le sinistre (année de survenance incluse si le variable a déjà été versé), la base des prestations sera corrigée pour prendre en compte cette moyenne. Si l'ancienneté est inférieure à trois ans, la moyenne est calculée sur les deux années précédant le sinistre (année de survenance du sinistre incluse, si le variable a déjà été versé).

Si l'assuré ne compte pas douze mois entiers de présence dans l'entreprise, La base des prestations est reconstituée prorata temporis.

Si pendant les douze derniers mois, le salaire a été réduit ou suspendu pour cause de maladie ou accident, la base des prestations est reconstituée prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un salaire non réduit.

Sont exclues les sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail, de l'intéressement et de la participation et des avantages liés à d'éventuels stocks options, actions HSBC ou système équivalent.

Pour les Auxiliaires de vacances : la base des prestations est égale au salaire de base mensuel prévu dans le contrat de travail multiplié par le nombre de mois prévu dans le contrat de travail.

Pour les Stagiaires rémunérés : la base des prestations est celle prévue au Chapitre 7 (Article 2)

Article 7 - REVALORISATION DU CAPITAL EN CAS DE DECES

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

Article 8 - EXCLUSIONS

Toutes garanties

L'assureur couvre les risques en cas de DECES, de PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE et d'INCAPACITE TOTALE de TRAVAIL ou d'INVALIDITE PERMANENTE, survenu dans le monde entier, à l'exclusion des risques suivant :

- **S'agissant des risques de guerre, sont exclus les sinistres survenus :**
 - **Sur le territoire français, lors d'une guerre (déclarée ou non) avec une puissance étrangère, ou d'une guerre civile,**
 - **Sur le territoire français lors d'une émeute, une insurrection populaire, un attentat, un conflit armé, dans lesquels l'assuré est impliqué du fait de sa participation active,**
 - **Hors du territoire français, lors d'une guerre (déclarée ou non), ou lors d'une guerre civile, une émeute, une insurrection populaire, un attentat, un conflit armé, dans lesquels l'assuré est impliqué du fait de sa participation active.**

- **La garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire lorsqu'il a volontairement provoqué la mort de l'Assuré. Le capital garanti est alors reporté sur le bénéficiaire suivant dans l'ordre de la désignation sauf s'il est condamné comme auteur ou complice du meurtre de l'Assuré.**

Il est précisé que, hormis les cas précités de participation active de l'assuré, le risque d'attentat est couvert pour l'ensemble des garanties du présent régime.

Article 9 - RECLAMATION

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

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

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

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

Article 10 - UTILISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

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

Droit de contrôle et de rectification des données par l'assuré

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

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

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

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

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

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

Article 11 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration 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.

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

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

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

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

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

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).**
- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).**
- **L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).**
- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).**

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

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

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

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

Chapitre 2

DECES

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de DECES DE L'ASSURE.

En cas de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE telle que visée à l'article 5, le capital en cas de décès peut être versé par anticipation.

La garantie a également pour objet :

- le versement d'une indemnité de frais d'obsèques en cas de PREDECES DU CONJOINT ou de PREDECES D'UN ENFANT A CHARGE,
- en cas de DECES DE L'ASSURE, le versement d'une indemnité de frais d'obsèques,
- en cas de DECES DU CONJOINT, non remarié, pendant l'existence du contrat, le versement aux enfants à charge d'un second capital.

Article 2 - MONTANT DU CAPITAL

En cas de décès d'un assuré, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital exprimé en pourcentage du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2) égal à 300 %, quelle que soit la situation de famille de l'assuré.

Il est majoré de 50 % dudit salaire de référence par personne à charge.

Article 3 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE

3.1 Définition des personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge :

- les enfants :
 - de l'assuré légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptés,
 - du conjoint de l'assuré (concubin ou pacsé) fiscalement à la charge de l'assuré au jour du décès.

Les enfants ci-dessus définis sont retenus dans le calcul de la garantie jusqu'à :

- leur 18ème anniversaire,
- leur 28ème anniversaire :
 - s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures, inscrits ou non à la Sécurité Sociale des Etudiants ou s'ils sont sous contrat de formation, apprentissage et n'exercent pas une profession à temps complet,
 - s'ils sont inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi (cette extension n'est pas applicable dans le cadre des garanties Rente Education et Double Effet),

- o quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les ascendants de l'assuré (ou ceux de son conjoint/concubin/partenaire pacsé) fiscalement à leur charge, c'est-à-dire pris en compte par l'Administration fiscale pour la détermination du quotient familial ou pour lesquels l'assuré (ou son conjoint/concubin/ partenaire pacsé) déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin n'ouvrent pas droit à majoration pour personne à charge.

3.2 Situation de famille retenue

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

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

Article 4 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES

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

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

4.1 Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge »,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Toutefois, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, et s'agissant d'un enfant :

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

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

4.2 Désignation particulière

A toute époque, l'assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'assureur ; elle peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil.

Toutefois, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, sauf, s'agissant d'un enfant :

- lorsqu'un seul bénéficiaire a été désigné et qu'il a la garde de l'enfant concerné ou, s'agissant d'un enfant majeur, lorsqu'il l'a eue jusqu'à la majorité,
- lorsque plusieurs bénéficiaires ont été désignés conjointement par l'assuré et que l'enfant concerné en fait partie.

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

En cas de pluralité de bénéficiaires, si le total des pourcentages indiqué dans la désignation particulière est différent de 100, les pourcentages de chaque bénéficiaire seront réduits ou majorés au prorata de leurs parts respectives.

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

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

Article 5 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le capital prévu en cas de décès de l'assuré peut, sur demande accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 8, être versé **par anticipation** en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que visée ci-après.

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

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

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

Article 6 - FRAIS D'OBSEQUES

L'indemnité de frais d'obsèques est fixée comme suit en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès :

- 100 % en cas de décès de l'assuré,
- 100 % en cas de prédécès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- 100 % en cas de prédécès d'un enfant à charge.

L'indemnité est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques, dans la limite des frais engagés. Concernant le décès de l'assuré, le reliquat est versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès tel(s) que visé(s) à l'article 4.

Dans le cadre d'un concubinage, l'assureur doit avoir pris connaissance de l'existence du concubin dans les trois mois suivant le décès. Le concubin doit être ni marié, ni lié par un PACS avec un tiers. L'assuré doit prouver sa domiciliation à la même adresse que le concubin par la production du dernier avis d'imposition.

Les enfants à charge sont ceux définis à l'article 3.

Article 7 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR OU SIMULTANE A CELUI DE L'ASSURE

Lorsque le conjoint, son partenaire lié par un Pacs ou son concubin, non (re)marié et non lié par un (nouveau) Pacs, décède avant son 60ème anniversaire, et alors que le contrat est toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée à l'article 3, et y répondent encore au décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS.

Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 250 % du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2).

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

Article 8 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DECES

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

- l'acte de décès,
- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, la copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint,
- les pièces justificatives de la qualité de personne à charge :
 - l'extrait d'acte de naissance, le certificat de scolarité, la copie du contrat de formation en alternance,
 - la copie de la carte d'invalidité ou l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,
 - la copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et l'attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes à charge au jour du décès,
- la photocopie du ou des livrets de famille,
- la photocopie d'une pièce d'identité du ou des bénéficiaires ou bien de leur représentant légal,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires :
 - l'extrait d'acte de naissance,
 - et, en tant que de besoin : le certificat d'hérédité ou l'acte de notoriété avec mention le cas échéant de la clause de représentation légale de l'enfant mineur,
 - l'ordonnance ou le jugement de tutelle,

- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré, par la production d'une copie :
 - du dernier avis d'imposition du partenaire,
 - du pacte civil de solidarité,
- s'agissant du capital en cas de prédécès d'un enfant de moins de 12 ans, le justificatif des frais exposés,
- le certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel),
- un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN) de chaque bénéficiaire pour les paiement des prestations.
- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais d'obsèques.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Doivent être adressés à l'assureur :

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

Chapitre 3

DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

Article 2 - DEFINITIONS

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

N'est pas considérée comme Accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Par accident de la vie professionnelle, il faut entendre :

- Tout accident reconnu comme accident du travail ou accident de trajet par la Sécurité Sociale.
- Tout accident survenu pendant ou à l'occasion de l'exercice de la vie professionnelle et ce, même si ces accidents surviennent :
 - o à des heures diverses ou à l'occasion d'heures supplémentaires effectuées les jours ouvrés ou non,
 - o à l'occasion de déplacements privés effectués pendant les heures de service.
- Tout accident survenu hors des heures de service à l'occasion d'activités dont l'accomplissement est la conséquence des obligations professionnelles de l'Assuré, telles que manifestations diverses, invitations ou déplacements.
- Tout accident survenu pendant ou hors des heures de service à l'occasion d'activités rémunérées ou non, accomplies en faveur d'actions associatives ou de parrainages, des oeuvres sociales et des colonies de vacances proposées par l'Employeur, ses comités et Associations.

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

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

Article 3 - MONTANT DU CAPITAL

3.1 Montant du capital

Le montant du capital supplémentaire est fixé à 200 % du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2).

3.2 Bénéficiaires du capital

Les bénéficiaires du capital sont ceux prévus au titre de la garantie DECES au Chapitre 2 (article 4).

Article 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les dispositions sont celles prévues en la matière au Chapitre 2 (article 5), étant précisé que la preuve de la relation entre la perte totale et irréversible d'autonomie et l'accident de la vie professionnelle doit être reçue par l'assureur dans les **vingt-quatre mois** qui suivent l'accident.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doit être adressé à l'assureur, outre les pièces visées au Chapitre 2 (article 8), tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident de la vie professionnelle et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas d'accident du travail, le justificatif du remboursement des frais funéraires par la Sécurité sociale doit être également adressé à l'assureur.

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

Chapitre 4

RENTE EDUCATION

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas de décès de l'assuré, le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge.

Article 2 - DECES DE L'ASSURE

2.1 Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2) :

- Jusqu'au 11ème anniversaire 7 %,
- Au-delà du 11ème jusqu'au 18ème anniversaire : 12 %,
- Au-delà du 18ème anniversaire jusqu'au 25ème anniversaire si poursuite d'études et n'exerçant pas une activité à temps complet : 15 %.

Les planchers et les plafonds du montant de la rente, sont fixé comme suit :

- Jusqu'à 10 ans inclus : minimum 3000 € et maximum 6000 €,
- De 11 à 17 ans inclus : minimum 5000 € et maximum 8000 €,
- De 18 à 24 ans inclus : minimum 10000 € et maximum 20000 €

La rente est versée viagèrement aux enfants titulaires d'une carte d'invalidité ou bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fond de revalorisation, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du décès de l'assuré et la date d'échéance de la rente, pour les revalorisations futures.

2.2 Définition des enfants à charge

Les enfants à charge sont ceux définis au Chapitre 2 (article 3), étant précisé que les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies dès le décès de l'assuré.

Article 3 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE

La rente prend effet le 1er jour du mois qui suit la date du décès de l'assuré.

S'agissant d'un changement de tranche d'âge, la majoration de la rente prend effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'enfant atteint l'âge palier.

La rente cesse d'être due à compter de la fin du trimestre au cours duquel les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge ne sont plus remplies

Article 4 - MODALITES DE REGLEMENT

La rente annuelle est payable trimestriellement d'avance ; elle est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

En cas d'interruption des études avant 25 ans, la rente sera suspendue le temps de l'interruption ; en cas de reprise d'études, le versement de la rente éducation reprendra en tenant compte de l'âge de l'enfant.

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Outre les pièces visées au Chapitre 2 (article 8), il doit être fourni :

- dans les six mois qui suivent le décès et, en cas de changement d'immatriculation du bénéficiaire, l'attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de la Sécurité sociale française,
- et par la suite, remettre périodiquement à l'assureur les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge visées audit article,

l'assureur se réservant le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation de l'enfant.

Chapitre 5

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

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

sous réserve :

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

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

Article 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1 Franchise

L'indemnité journalière est servie après une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident appelée "franchise". Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale, est prise en compte pour la détermination de la franchise, mais les congés d'accueil de l'enfant ou d'adoption ne sont pas comptabilisés.

Personnel bénéficiant des accords en vigueur chez le souscripteur

La franchise est égale à la période de plein salaire résultant des accords en vigueur chez le souscripteur.

Personnel ne bénéficiant pas des accords en vigueur chez le souscripteur

La franchise est égale à 60 jours d'arrêt continu et / ou discontinu de travail pour maladie ou accident. Sont inclus dans la franchise les jours d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervenus au cours des 365 jours précédent le premier jour susceptible d'ouvrir droit à l'indemnité.

Les délais de carence appliqués par la Sécurité sociale et ceux prévus dans les accords en vigueur chez le souscripteur, ne peuvent en aucun cas donner lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

Aucune prestation n'est due pendant les périodes correspondant au congé légal ou conventionnel d'accueil de l'enfant ou de congés sans solde, que le début de l'arrêt de travail de se situe avant ou pendant les congés. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assuré l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues, la période de franchise étant dans ce cas décomptée à partir de l'expiration du congé.

Pour les assurés en congé parental à 100 % ayant demandé le maintien des garanties prévu au chapitre 10, la franchise est égale à la période de plein salaire résultant des accords en vigueur chez le souscripteur qui aurait été applicables en l'absence de suspension du contrat de travail.

2.2 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 77 % de la 365ème partie du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2), sous déduction de l'indemnité de la Sécurité sociale à la date de l'arrêt de travail et du salaire éventuellement maintenu par le souscripteur.

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

A partir de la date de rupture du contrat de travail, le montant de l'indemnité journalière est révisé de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré (indemnité journalière de la Sécurité sociale française majorée des prestations de l'assureur) ne puisse excéder 100 % de la 365ème partie du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2).

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'assureur suspend le versement des prestations.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite des ressources du fond de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date de l'arrêt et la date d'échéance pour les revalorisations futures.

2.3 Cessation de l'indemnité journalière

Le service de l'indemnité journalière cesse :

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

2.4 Modalités de règlement

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

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

Article 3 - INVALIDITE PERMANENTE

3.1 Montant de la rente

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

Il est fixé comme suit, en pourcentage du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2) :

- 1ère catégorie : 60 %,
- 2ème catégorie : 77 %,
- 3ème catégorie : 77 %,

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

Le montant de la rente d'invalidité de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire de référence, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6.2), revalorisé entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du premier versement et la date d'échéance pour les revalorisations futures.

En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Le montant de la rente sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

S'agissant d'un assuré classé en 1ère ou 2ème catégorie d'invalides, et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que cumulé au salaire brut perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité sociale perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100% du salaire de référence correspondant à une activité à temps plein.

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

Après rupture du contrat de travail, dès qu'il est constaté, pour un assuré inscrit au Pôle Emploi ou exerçant une activité chez un autre employeur, que le cumul des rentes (assureur et Sécurité sociale), de tout salaire, de toute prestation du Pôle Emploi, excède 100 % du salaire de référence et revalorisé jusqu'à la période considérée, la rente est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés à la période considérée.

3.2 Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides telles que définies par l'article 3 341-4 du code de la Sécurité sociale française sont ainsi définies :

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

3.3 Effet et cessation de la rente

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

3.4 Modalités de règlement

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

Article 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

Montant de la rente

Taux égal ou supérieur à 50 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 77 % du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Taux au moins égal à 33 % et inférieur à 50 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 60 % du salaire de référence servant de base de prestation visé au Chapitre 1 (article 6.2), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, les revenus de l'assuré sont limités à 100 % du salaire de référence, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 6.2) dans les conditions prévues à l'article 3.

Effet et cessation de la rente, revalorisation

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

Article 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

- avis d'interruption de travail dûment complété par le souscripteur,
- attestation de l'employeur mentionnant les salaires (bruts et nets imposables) de la période retenue pour la base des prestations,
- décomptes et notifications de la Sécurité sociale,
- s'agissant d'un assuré reprenant le travail mais toujours indemnisé par la Sécurité sociale : bulletins ou attestations de salaire,
- s'agissant d'un assuré classé en 1^{ere} ou 2^{eme} catégorie d'invalides et ne travaillant pas : déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle,
- le cas échéant, attestation et décompte des prestations du Pôle Emploi,
- photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance,
- à la mise en place de la rente d'invalidité, et chaque année, la copie du dernier avis d'imposition si l'assuré est non-imposable,
- un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN) de chaque bénéficiaire pour le paiement des prestations.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

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

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

Article 6 - CONTROLE MEDICAL

Pour les assurés ne bénéficiant pas des prestations de la Sécurité sociale ou pour les assurés en congé parental à 100 % ayant demandé le maintien des garanties prévu au Chapitre 10, une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de l'assuré. Dans ce cas, les honoraires du médecin chargé par l'assureur de réaliser cette expertise sont réglés par l'assureur.

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

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

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

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

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

Article 7 - SUBROGATION

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

Chapitre 6

EXTENSION AUX EXPATRIES CFE

Les garanties du contrat sont étendues, conformément aux dispositions ci-après, aux membres du personnel salarié appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), expatriés affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger (C.F.E.) pour les garanties Maladie (option Indemnités Journalières), Maternité, Invalidité et Accidents du Travail - Maladies Professionnelles.

Il est précisé qu'aux termes de "Sécurité sociale" sont substitués ceux de "Caisse des Français de l'Etranger".

Article 1 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de cotisation et des prestations est le salaire de référence visé au Chapitre 1 (article 6), maintenu par le souscripteur pendant l'expatriation de l'assuré. La part variable du salaire liée à la performance individuelle prise en compte dans le calcul de la base de l'assurance correspond à la moyenne des bonus bruts versés au cours des trois derniers exercices précédant l'expatriation de l'assuré.

Si l'assuré comptait moins de trois ans d'ancienneté à la veille de son expatriation, la moyenne est calculée sur les exercices précédant l'expatriation.

Article 2 - CESSATION DE L'ASSURANCE

L'extension des garanties cesse :

- à la fin de la période d'expatriation,
- à la date de fin d'affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger,
- en tout état de cause, dans les cas prévus au Chapitre 1 (article 4.2).

Chapitre 7

EXTENSION DE L'ASSURANCE AUX STAGIAIRES REMUNERES SOUS CONVENTION DE STAGE

Les garanties du contrat sont étendues, conformément aux dispositions ci-après, aux stagiaires rémunérés sous convention de stage. La date d'effet de la garantie est celle de la convention de stage.

Article 1 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties assurées sont celles visées ci-dessous :

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - FRAIS D'OBSEQUES)
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE PERMANENTE CONSECUTIVE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Article 2 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation et des prestations correspond aux indemnités de stage perçues depuis le début de stage jusqu'à la date du décès ou de l'arrêt de travail, dans la limite de 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance prend fin à la date de fin du stage, et en tout état de cause, dans les cas prévus aux conditions générales du contrat, Chapitre 1 (article 4.2).

Chapitre 8

MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

Les garanties du contrat sont maintenues aux anciens salariés appartenant à la catégorie assurée, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés par le souscripteur selon les modalités de l'article 5, dont la rupture du contrat de travail est postérieure à la date d'effet du contrat, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

Les garanties du contrat sont maintenues, à compter du lendemain du jour de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par le souscripteur, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

- au terme de la durée maximale prévue à l'article 2,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

A l'expiration de ce maintien, les anciens salariés bénéficieront du maintien de l'assurance dans le cadre des dispositions prévues contractuellement pour les licenciés (Chapitre 9).

Article 4 - MODALITES DU MAINTIEN

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

La franchise contractuelle applicable en cas d'incapacité de travail est celle qui serait appliquée à l'ancien salarié s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

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

Article 5 - MODALITES D'INFORMATION

Le souscripteur remettra à son ancien salarié, une information faite par l'assureur, sur le dispositif de portabilité et les modalités de maintien de garantie prévoyance en cas de versement d'allocation du régime d'assurance chômage.

Article 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

L'assureur se réserve la possibilité de conditionner le service des prestations en cas de sinistre à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Chapitre 9

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL AVEC INDEMNISATION DU POLE EMPLOI

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, à tout membre du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3) faisant l'objet d'une rupture de contrat de travail entraînant une indemnisation du Pôle Emploi.

Article 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES

Le présent maintien prend effet à la date de la rupture du contrat de travail de l'intéressé ou la date de fin du maintien de l'assurance dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (Chapitre 8)

Article 2 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties maintenues sont celles visées ci-dessous :

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE – DOUBLE EFFET – FRAIS D'OBSEQUES)
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Article 3 - MODALITES DU MAINTIEN

Les dispositions sont les mêmes que celles prévues au Chapitre 8 (article 4).

Article 5 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance, qui s'applique y compris pendant les délais de carence du Pôle Emploi et pendant les éventuelles périodes d'incapacité temporaire de travail qui voient l'allocation du Pôle Emploi remplacée par les prestations en espèces de la Sécurité sociale, prend fin :

- dès que cesse l'indemnisation par le Pôle Emploi,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 10

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE PARENTAL D'EDUCATION A 100%

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, à tout membre du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour CONGE PARENTAL D'EDUCATION A 100%.

Article 1 - DATE D'EFFET, FORAMLITES

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent ladite date.

Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Article 2 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties maintenues sont celles visées ci-dessous :

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - DOUBLE EFFET - FRAIS D'OBSEQUES)
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Les prestations de l'Assureur sont versées à l'expiration théorique des droits à indemnisation résultant des accords en vigueur chez le souscripteur qui aurait été applicables en l'absence de suspension du contrat de travail.

Les prestations assurées au titre de la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE sont diminuées des prestations théoriques de la Sécurité Sociale, reconstituées sur la base du salaire de référence et des indemnités qui auraient été versées par l'Employeur en vertu des dispositions de la Convention Collective, Accords d'Entreprise, qui leur auraient été applicables s'ils avaient été sous contrat de travail.

Article 3 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de la cotisation et des prestations est le salaire de référence visé au Chapitre 1 (article 6), afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date du sinistre et le début du congé.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance prend fin à la date de fin du congé en question, et en tout état de cause, dans les cas prévus aux conditions générales du contrat, Chapitre 1 (article 4.2).

Chapitre 11

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE DE RECLASSEMENT

L'assurance est maintenue conformément aux dispositions particulières suivantes, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), bénéficiant d'un congé de reclassement dans le cadre d'une Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE).

Article 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent ladite date. **Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.**

Article 2 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties suivantes sont maintenues dans les conditions prévues au contrat pour le personnel en activité :

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - DOUBLE EFFET - FRAIS D'OBSEQUES)
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Article 3 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de cotisation et des prestations est le salaire de référence visé au Chapitre 1 (article 6), afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du sinistre et le début du congé.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du Congé de Reclassement,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale française,
- en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 12

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE DE FIN DE CARRIERE ET DE SOLIDARITE (CFCS)

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), bénéficiaires d'un congé de fin de carrière et de solidarité mis en place par le souscripteur.

Article 1 - DATE D'EFFET ET FORMALITE

La date d'effet du maintien est celle du premier jour dudit congé, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les trente jours qui suivent ladite date.

Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Les garanties sont maintenues durant toute la période dudit congé.

Article 2 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties suivantes sont maintenues dans les conditions prévues au contrat pour le personnel en activité :

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE – DOUBLE EFFET – FRAIS D'OBSEQUES)
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Article 3 - BASE DE L'ASSURANCE

La base des cotisations et des prestations est au choix de l'assuré :

- soit le salaire de référence visé au Chapitre 1 (article 6) afférent aux douze derniers mois d'activité, à l'exception des indemnités liées au départ de l'entreprise, et revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du sinistre et le début du congé,
- soit l'allocation de remplacement défini dans l'accord mis en place par le souscripteur, instituant un congé de fin de carrière et de solidarité.

Le choix fait par l'assuré au début de son congé est irrévocable.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du congé de fin de carrière et de solidarité,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 13

MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CADRE D'UNE CLAUSE DE NON CONCURRENCE

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), en rupture de contrat de travail et bénéficiaires d'une indemnité compensatrice au titre d'une clause de non concurrence.

Article 1 - DATE D'EFFET, FORMALITES

La date d'effet du maintien est celle de la rupture du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans les trente jours qui suivent ladite date.

Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée effective de l'obligation de non concurrence prévue par le contrat de travail

Article 2 - GARANTIES ASSUREES

Les garanties suivantes sont maintenues dans les conditions prévues au contrat pour le personnel en activité

- DECES (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE – DOUBLE EFFET – FRAIS D'OBSEQUES)
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL DE LA VIE PROFESSIONNELLE (PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE)
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Article 3 - BASE DE L'ASSURANCE

La base des cotisations et des prestations est le salaire de référence visé au Chapitre 1 (article 6.2) afférent aux douze derniers mois d'activité, à l'exception des indemnités versées du fait de la rupture du contrat de travail et revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC-ARRCO entre la date du sinistre et la date de rupture du contrat de travail.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien de l'assurance cesse :

- Dès que l'assuré bénéficie de garanties équivalentes dans un contrat d'assurances collectives souscrit par un nouvel employeur,
- en cas de cessation de l'obligation de non concurrence, soit à la date de cessation de cette obligation prévue par la clause contractuelle de non concurrence, soit à la date de cessation anticipée de cette obligation en cas de violation de celle-ci par l'ancien salarié de la société contractante,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 14

SERVICES D'ASSISTANCE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet la mise en œuvre de services d'assistance en cas de décès accidentel ou d'atteinte corporelle grave de l'assuré.

Article 2 - MISE EN OEUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

Modalités d'intervention de l'assureur

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services d'assistance, l'assuré ou l'un de ses proches doit impérativement contacter l'assureur **0172595160**.

L'assureur attribue alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de ses prises en charge.

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu de l'assuré. Pour ouvrir droit aux services d'assistance, le domicile doit être situé en France métropolitaine.

Limitation des engagements de l'assureur

L'assureur prend en charge les seules prestations qu'il organise. L'organisation par l'assuré lui-même ou par son entourage de l'un des services d'assistance sans l'accord préalable de l'assureur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

L'assureur ne prend pas en charge, et ne rembourse pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de sa part, ni tout autre frais non prévu dans le présent chapitre.

Les services complémentaires qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. Au cas, où l'assuré ne la satisferait pas, il perdrait le bénéfice de ces garanties et les engagements de l'assureur deviennent nuls.

La responsabilité de l'assureur ne peut être engagée dans les cas suivants :

- le dommage professionnel ou commercial que l'assuré aurait subi lors de l'exécution d'un des services d'assistance de l'assureur,
- le retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou l'impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.
- L'assureur ne peut pas se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et il ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Article 3 - ASSISTANCE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave, l'assureur met en œuvre les services complémentaires ci-après. L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit aux prestations, l'atteinte corporelle doit être constatée par une autorité médicale.

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assureur organise et prend en charge son rapatriement sanitaire

L'assureur choisit le moyen de transport le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.

Il dirige alors l'assuré :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Si l'assuré se trouve en dehors de son secteur hospitalier, l'assureur se charge également de ramener l'assuré jusqu'à son domicile une fois que son état de santé le permet.

La décision de rapatrier l'assuré est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'organisation du rapatriement, le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, des moyens utilisés ou de la nécessité de son accompagnement relèvent exclusivement de l'équipe médicale de l'assureur après que celle-ci ait pris contact avec le médecin de l'assuré sur place.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale de l'assureur entraîne l'annulation de la présente garantie.

L'assureur peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, l'assureur demande à l'assuré de lui restituer le titre de transport lorsqu'il a pris en charge le retour de l'assuré.

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave qui l'immobilise à son domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de cinq jours

L'assureur organise et prend en charge les services complémentaires suivants :

- **l'acheminement d'un proche à son chevet** si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 km de son domicile. Pour cela, l'assureur lui fournit un billet aller-retour en train 1ère classe ou en avion classe économique.
- **la garde des enfants et petits-enfants de l'assuré** s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que l'assuré ne peut en assurer la garde :
 - soit en permettant la venue d'un proche à son domicile (en train 1ère classe ou avion classe économique) ;
 - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche (en train 1ère classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;
 - soit en confiant la garde des enfants au domicile de l'assuré à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Cette prestation est limitée à 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

L'assureur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

- **une aide - ménagère à domicile**

L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide - ménagère à domicile pour assurer les tâches domestiques de l'assuré. Pour bénéficier de cette prestation, ce dernier doit en faire la demande à l'assureur dans les 8 jours suivant son immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. L'assureur limite toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant l'atteinte corporelle grave. La durée de présence de l'aide - ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assureur, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

Article 4 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel, l'assureur met en œuvre des services d'assistance si le décès de l'assuré survient à plus de 50 km de son domicile.

L'assureur organise le rapatriement du corps ou des cendres de l'assuré du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France Métropolitaine.

Il prend en charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil dans la limite de 770 euros,
- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est du ressort exclusif de l'assureur. Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération) restent à la charge de la famille.

L'assureur met un service de renseignements téléphoniques à la disposition des proches de l'assuré décédé.

Ce service a pour but d'informer les proches de l'assuré sur les points suivants :

- les démarches lors d'un décès : les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d'organes, le don du corps et la crémation,
- les démarches après le décès : la constatation, la déclaration, l'information et les dispositions financières,
- les réglementations particulières : les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport et l'inhumation dans une concession de famille,
- l'héritage et la succession : la dévolution légale, les ordres et les degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l'héritage, les testaments et les pensions ou allocations.

Si les questions qui sont posées à l'assureur nécessitent des recherches ou de la documentation, ce dernier rappellera son interlocuteur dès qu'il sera en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

En cas de rapatriement de corps, l'assureur organise le retour au domicile des proches de l'assuré qui voyageaient avec lui.

Si les moyens de transport prévus initialement pour le voyage de retour ne sont ni utilisables, ni modifiables, l'assureur prend à sa charge un billet aller simple (avion classe économique ou train 1ère classe) pour chacun des proches qui accompagnaient l'assuré.

L'assureur facilite la présence d'un proche sur le lieu du décès de l'assuré.

Si l'assuré était seul au moment de son décès et si la présence d'un proche est indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, l'assureur met à la disposition de ce proche un titre de transport aller-retour (avion classe économique ou train 1ère classe). L'assureur prend également à sa charge ses frais d'hébergement à l'hôtel (chambre et petit-déjeuner), pour 3 nuits maximum et dans la limite de 77 euros par nuit.

Article 5 - DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier.

Les autres garanties s'exercent en France.

France

France métropolitaine.

Les principautés de Monaco et d'Andorre sont conventionnellement incluses dans cette définition ainsi que les départements d'outre-mer sauf stipulation contractuelle contraire.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

France métropolitaine.

Séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de votre volonté.

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

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Equipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'assisteur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou l'un de ses ayants droit et domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Chapitre 15

PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

L'assureur prend en charge, pour les prestations périodiques en cours de service à la date d'effet du présent contrat, le montant de la revalorisation postérieure à cette date, l'assureur précédent maintenant lesdites prestations au niveau alors atteint.

La revalorisation est calculée conformément aux dispositions prévues au Chapitre correspondant à la garantie concernée, et est subordonnée à la fourniture, à chacune des échéances, de l'attestation du paiement de la prestation par le précédent assureur.

En cas de résiliation du contrat ou de la garantie concernée, dès la date de résiliation, il n'est plus appliqué de revalorisation. Seul reste acquis le montant atteint par la revalorisation à la veille de ladite date.