

---

# Atoll Prévoyance

---



Notice d'information



# SOMMAIRE

Glossaire .....	4
<b>A - Dispositions Générales .....</b>	<b>6</b>
<b>Préambule .....</b>	<b>6</b>
<b>Article 1 - Conditions d'adhésion .....</b>	<b>6</b>
1.1 Adhésion aux conventions .....	6
1.2 Étendue territoriale .....	6
1.3 Cessation des garanties .....	7
<b>Article 2 - Effet - Durée - Résiliation et Modifications des conventions .....</b>	<b>7</b>
2.1 Effet - Durée .....	7
2.2 Résiliation .....	7
2.3 Modifications des conventions .....	7
<b>Article 3 - Effet - Durée - Radiation des adhésions - Évolution - Sans effet .....</b>	<b>8</b>
3.1 Conclusion de l'adhésion - Date d'effet .....	8
3.2 Durée de l'adhésion .....	8
3.3 Radiation des adhésions .....	8
3.4 Évolution des garanties .....	8
<b>Article 4 - Exclusions et limitations .....</b>	<b>8</b>
4.1 Risques exclus .....	8
4.2 Limitations particulières .....	9
<b>Article 5 - Procédure d'arbitrage .....</b>	<b>9</b>
<b>Article 6 - Subrogation .....</b>	<b>9</b>
<b>Article 7 - Faculté de renonciation (Article L 132-5-1 du Code des assurances) .....</b>	<b>9</b>
<b>Article 8 - Délai de prescription (Articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances) .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 9 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle .....</b>	<b>10</b>
9.1 Examen des réclamations .....	10
9.2 Médiation .....	10
9.3 Autorité légale chargée du contrôle de l'assureur .....	10
<b>Article 10 - Traitement et communication des informations .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 11 - Loi applicable à l'adhésion et régime fiscal .....</b>	<b>11</b>
<b>B - Définitions des garanties .....</b>	<b>11</b>
<b>CONVENTION N° 191738</b>	
<b>Article 12 - Garantie décès .....</b>	<b>11</b>
12.1 Garantie décès toutes causes .....	11
12.2 Garantie immédiate .....	11
12.3 Garantie décès accidentel supplémentaire .....	11
12.4 Double effet .....	12
<b>Article 13 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) .....</b>	<b>12</b>
13.1 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie « toutes causes » .....	12
13.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie « accidentelle » .....	12
<b>Article 14 - Invalidité permanente fonctionnelle .....</b>	<b>12</b>
14.1 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66 %) .....	12
14.2 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 % par suite d'accident (IP66 % accident) .....	12
14.3 Capital de reconversion en cas d'invalidité .....	13
14.4 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % (IP7 à 66 %) .....	13
14.5 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % par suite d'accident (IP7 à 66 % accident) .....	13
<b>CONVENTION N° 191739</b>	
<b>Article 15 - Rente de conjoint .....</b>	<b>13</b>
15.1 Garantie principale .....	13
15.2 Double effet .....	13
<b>Article 16 - Rente éducation .....</b>	<b>13</b>
16.1 Garantie principale .....	13
16.2 Double effet .....	14
<b>Article 17 - Incidence de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent sur les garanties « Rente de conjoint »         et « Rente éducation » .....</b>	<b>14</b>
<b>Article 18 - Revenu de remplacement .....</b>	<b>14</b>
18.1 Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale (ITT) .....	14
18.2 Incapacité temporaire partielle .....	14
18.3 Rente d'invalidité .....	15

# SOMMAIRE

<b>Article 19 - Frais professionnels</b> .....	15
19.1 Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale (ITT) .....	15
19.2 Incapacité temporaire partielle.....	16
<b>Article 20 - Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail</b> .....	16
<b>Article 21 - Revalorisation des prestations</b> .....	16
<b>C - Détermination des garanties et des prestations</b> .....	16
<b>Article 22 - Catégories professionnelles</b> .....	16
<b>Article 23 - Calcul et paiement des cotisations individuelles</b> .....	16
23.1 Les cotisations à la date d'effet de l'adhésion .....	16
23.2 À chaque échéance anniversaire .....	17
<b>Article 24 - Augmentation ou ajout de garanties - Diminution ou suppression de garanties à la demande de l'Adhérent</b> .....	17
<b>Article 25 - Modification du risque</b> .....	17
<b>D - Service des prestations</b> .....	18
<b>Article 26 - Pièces à fournir en cas de décès</b> .....	18
<b>Article 27 - Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie</b> .....	18
<b>Article 28 - Formalités en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente</b> .....	18
28.1 Pièces à fournir.....	18
28.2 Contrôle et expertise médicale .....	19
<b>E - Barèmes d'invalidité permanente</b> .....	19
<b>Barème M</b> .....	19
Uniquement pour les garanties Invalidité des professions médicales, paramédicales .....	19
<b>Barème E</b> .....	21
Uniquement pour les garanties Invalidité des professions Expert et Conseil .....	21
<b>Barème A</b> .....	22
Uniquement pour les garanties Invalidité des autres professions .....	22
<b>F - Assistance</b> .....	24
<b>Préambule</b> .....	24
<b>1. Généralités</b> .....	24
1.1. Objet .....	24
1.2. Définitions .....	24
1.2.1. Generali Assistance .....	24
1.2.2. Bénéficiaire.....	24
1.2.3. Domicile.....	24
1.2.4. Local professionnel .....	24
1.2.5. France .....	24
1.2.6. Hospitalisation .....	24
1.2.7. Immobilisation au Domicile.....	24
1.2.8. Accident.....	24
1.2.9. Maladie .....	24
1.2.10. L'Incapacité Professionnelle.....	24
1.2.11. L'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.....	24
<b>2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance</b> .....	24
2.1. Validité et durée du contrat .....	24
2.2. Conditions d'application .....	24
2.3. Titres de transport.....	24
2.4. Nature des déplacements couverts.....	24
2.5. Étendue territoriale.....	25
2.5.1. Assistance aux personnes .....	25
2.5.2. Exclusions.....	25
<b>3. Modalités d'intervention</b> .....	25
<b>4. Prestations d'assistance aux Personnes</b> .....	25
4.1 En cas de décès du Bénéficiaire.....	25
4.1.1. Transport de corps .....	25
4.1.2. Frais de cercueil en cas de décès du Bénéficiaire.....	25
4.1.3. Reconnaissance de corps et formalités décès .....	25
4.2. En cas de décès du Bénéficiaire, d'Hospitalisation de plus de 5 jours, d'Immobilisation au domicile de plus de 7 jours.....	25

# SOMMAIRE

4.2.1.	Accompagnement des enfants .....	25
4.2.2.	Garde des enfants .....	25
4.2.3.	Aide ménagère .....	26
4.3.	En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.....	26
4.3.1.	Bilan de l'habitat .....	26
4.4.	En cas de décès du Bénéficiaire ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.....	26
4.4.1.	Conseil patrimonial - Bilan administratif et financier .....	26
4.5.	En cas de décès du Bénéficiaire, d'Hospitalisation de plus de 5 jours, d'Immobilisation au domicile de plus de 7 jours ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.....	26
4.5.1.	Accès aux Services à la personne .....	26
4.6.	En cas de décès du Bénéficiaire ou d'Incapacité professionnelle du Bénéficiaire suite à maladie ou accident.....	26
4.6.1.	Aide au retour à l'emploi pour le conjoint.....	26
4.7.	En cas d'Incapacité professionnelle du Bénéficiaire suite à maladie ou accident.....	27
4.8.	En cas de besoin .....	28
4.8.1.	Conseil social.....	28
4.8.2.	Soutien psychologique.....	28
4.8.3.	Information Conseil.....	28
<b>5.</b>	<b>Dispositions générales.....</b>	<b>28</b>
5.1.	Exclusions.....	28
5.1.1.	Exclusions communes à toutes les prestations.....	28
5.1.2.	Exclusions spécifiques à l'assistance aux personnes .....	28
5.2.	Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés .....	29
5.3.	Subrogation.....	29
5.4.	Prescription .....	29
5.5.	Dchéance pour déclaration frauduleuse .....	29
5.6.	Réclamations - Litiges.....	29
5.7.	Autorité de contrôle .....	30
5.8.	Informatique et Libertés .....	30

# GLOSSAIRE

Pour faciliter la compréhension des garanties, sont rassemblées ci-dessous les définitions des termes les plus fréquemment utilisés dans la présente notice d'information.

## A

### ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée, provoquée par l'accident, la réaction ou la résistance d'un élément extérieur à l'Adhérent et résultant d'un événement soudain, imprévu qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Ne constituent pas des accidents, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents infectieux biologiques ou non et notamment bactéries, virus, parasites ou prions, ainsi que les infarctus, les hernies, les lombagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.

### ACTE CHIRURGICAL

Intervention pratiquée par un chirurgien, suite à une maladie ou un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire).

### ADHÉRENT(E)/ASSURÉ(E)

La personne physique qui adhère au Groupement de Prévoyance Maladie Accident et s'engage à payer les cotisations. C'est également la personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement des prestations garanties.

### ASSURABLE

Candidat à l'assurance, pour lequel l'assureur n'a pas encore accepté le risque.

## B

### BÉNÉFICIAIRE(S)

La (ou les) personne(s) physique(s) ou morale(s) qui reçoit(vent) le capital ou la rente en cas de décès de l'Adhérent. Le(s) bénéficiaire(s) est(sont) désigné(s) au certificat d'adhésion ou à ses avenants, ou ultérieurement notamment lorsque cette désignation n'est plus appropriée.

Elle peut figurer sur le certificat d'adhésion, par avenant au contrat ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou authentique portée à la connaissance de l'assureur.

Les coordonnées du (ou des) bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent être portées au contrat ; elles seront utilisées par l'assureur au décès de l'Adhérent.

Il appartient à l'Adhérent d'être le plus précis possible afin de faciliter la recherche du(es) bénéficiaire(s) par l'assureur.

À défaut d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès est le conjoint de l'Adhérent, à défaut les enfants de l'Adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Adhérent.

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce dernier.

« L'acceptation peut être faite par avenant signé de l'assureur, de l'Adhérent et du Bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'Adhérent et le Bénéficiaire et n'a alors d'effet sur l'assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. »

Aucune des dispositions du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un bénéficiaire acceptant.

## C

### CATÉGORIES PROFESSIONNELLES

Les Adhérents sont répartis en trois groupes pour tenir compte du niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle.

- La catégorie professionnelle 1 (CP1) : Adhérent dont l'activité ne comporte pas de travail manuel.
- La catégorie professionnelle 2 (CP2) : Adhérent dont l'activité comporte un travail manuel réputé non dangereux.
- La catégorie professionnelle 3 (CP3) : Adhérent dont l'activité comporte un travail manuel dangereux et/ou un risque spécifique.

### CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Époux, épouse, personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin (si expressément désigné par l'Adhérent ou par production d'un justificatif officiel de vie commune).

### CONSOLIDATION

Date à partir de laquelle l'état de santé d'un Adhérent est reconnu par l'assureur, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

## D

### DÉLAI D'ATTENTE

Période qui suit la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle la surveillance d'une maladie ne donne lieu à aucune indemnisation, et ce, de façon définitive.

### DÉLAI DE FRANCHISE

Période fixée au certificat d'adhésion au terme de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre ouvrant droit à prestations.

## E

### ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date de renouvellement annuel de l'adhésion.

### ÉCHÉANCE PÉRIODIQUE

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

### ENFANT À CHARGE

On entend par enfant à charge, l'enfant légitime, reconnu, adoptif ou recueilli au foyer de l'Adhérent, qui au moment du sinistre :

- est âgé de moins de 18 ans ;

ou,

- est âgé de 18 à 28 ans, et n'a pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de l'Adhérent sauf s'il bénéficie d'une pension alimentaire fiscalement déductible versée par l'Adhérent, sous condition :
  - qu'il poursuive des études secondaires ou supérieures ou qu'il se trouve sous contrat d'apprentissage ;

# GLOSSAIRE

ou,

- bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L 821-1 du Code de la sécurité sociale ou si l'Adhérent perçoit pour cet enfant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale.

Est également considéré à charge, l'enfant de l'Adhérent pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice, sous réserve des conditions prévues exposées ci-dessus.

## F

### FORFAIT HOSPITALIER

Somme versée au titre des frais d'hospitalisation pour une personne hospitalisée pour une durée supérieure à 24 heures. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

## H

### HOSPITALISATION (En cas d'incapacité de travail)

Séjour en qualité de patient, en clinique ou hôpital nécessité par une maladie ou un accident et prescrit par un médecin pour y recevoir un traitement ou des soins.

## I

### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Un Adhérent est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse à caractère pathologique, il se trouve dans l'impossibilité absolue, complète et continue pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

### INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE

Un Adhérent est considéré en état d'incapacité temporaire partielle de travail lorsqu'à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse à caractère pathologique, il se trouve dans l'impossibilité partielle et continue pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle non salariée rémunérée.

## M

### MALADIE

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'Adhérent ou d'un tiers.

Les infarctus, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

## P

### PASS

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

### PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

Un Adhérent est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

## R

### RECHUTE

Nouvelle manifestation d'une maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation.

# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Préambule

Le contrat Atoll Prévoyance est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative régi par le Code des assurances et la Législation en vigueur et relevant des branches 1(Accidents), 2(Maladie) et 20 (Vie-Décès) définies à l'article R 321.1 du Code des assurances. Il a pour objet l'adhésion de personnes physiques à un ensemble de garanties gérées dans le cadre de conventions décrites ci-après.

Les présentes conventions sont souscrites par le Groupement de Prévoyance Maladie Accident - 7 boulevard Haussmann - 75447 Paris Cedex 09 ci-après dénommé le Souscripteur auprès de la Compagnie « Generali Vie » - 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Entreprise régie par le Code des assurances, ci-après dénommée l'assureur, au profit de ses adhérents.

Le présent contrat repose sur la bonne foi des déclarations de l'Adhérent. Il est constitué par :

- la présente Notice d'Information Atoll Prévoyance (référéncée NATO0115) contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- le bulletin d'adhésion ;
- le(s) certificat(s) d'adhésion ;
- le questionnaire de santé.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

En cas de modification des garanties (cf. article 24), les éventuels bulletins d'adhésion et questionnaire de santé et le dernier certificat d'adhésion signé par l'Adhérent viennent compléter l'ensemble de ces documents qui constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

La qualité d'adhérent à l'association est une condition d'adhésion aux présentes conventions.

Les personnes physiques sur lesquelles repose le risque constituent l'effectif assuré des conventions et sont dénommés « Adhérents » au sens de la définition figurant au glossaire.

Les conventions sont les suivantes :

- **191738 A**
- **191739 A**

Ces conventions sont réservées aux Adhérents assurables exerçant une activité non salariée non agricole.

- **191738 B**
- **191739 B**

Ces conventions sont réservées aux Adhérents assurables exerçant une activité salariée non agricole du secteur privé.

- **191738 C**
- **191739 C**

Ces conventions sont réservées aux Adhérents assurables exerçant une activité de gérant majoritaire agricole relevant de l'article 62 du Code Général des Impôts.

- **191738 D**
- **191739 D**

Ces conventions sont réservées aux Adhérents assurables exerçant une profession agricole ne relevant pas de l'article 62 du Code Général des Impôts.

Les conditions régissant chacune des conventions 191738 A, 191738 B, 191738 C et 191738 D étant identiques, il y sera fait référence dans tous les documents contractuels sous le seul numéro : **191738**.

Les conditions régissant chacune des conventions 191739 A, 191739 B, 191739 C et 191739 D étant identiques, il y sera fait référence dans tous les documents contractuels sous le seul numéro : **191739**.

Ces conventions ont pour objet de couvrir en fonction du choix de l'Adhérent :

- **Des garanties principales Décès - Prévoyance :**

- un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (convention **191738**) de l'Adhérent avec possibilité de conversion en rente viagère (convention **191739**),

et/ou

- une rente de conjoint en cas de décès de l'Adhérent (convention **191739**),

et/ou

- une rente éducation en cas de décès de l'Adhérent (convention **191739**).

- **En complément desquelles peuvent être souscrites les garanties complémentaires optionnelles suivantes :**

- un capital en cas d'invalidité permanente de l'Adhérent (convention **191738**),

- une rente en cas d'invalidité permanente de l'Adhérent (convention **191739**),

- le règlement de prestations en cas d'arrêt de travail (convention **191739**).

Les garanties complémentaires ci-dessus ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'une des garanties principales Décès - Prévoyance.

Les conventions reposent sur la bonne foi des déclarations des Adhérents.

**Ces conventions pourront être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'une ou l'autre des parties.**

## Article 1 - Conditions d'adhésion

### > 1.1 Adhésion aux conventions

Les personnes physiques peuvent être assurées au titre des conventions sous condition de :

- ne pas être âgé de plus de 65 ans à la date de l'adhésion,
- justifier d'un état de santé jugé satisfaisant par l'assureur, au moyen d'un questionnaire prévu sur le bulletin d'adhésion,
- pour les garanties applicables en cas d'arrêt de travail :
  - pour les travailleurs salariés : exercer une activité professionnelle en contrat à durée indéterminée, hors emploi saisonnier, à plein temps ou à temps partiel d'au moins 70 % (hors raisons médicales) rémunérée, régulière et continue.
  - pour les TNS : exercer une activité professionnelle hors emploi saisonnier, rémunérée, régulière et continue dont les revenus sont déclarés à l'administration fiscale.

L'assureur pourra à cette occasion soumettre l'assurable (cf. glossaire) à un examen médical qu'il jugerait nécessaire.

Au vu des déclarations de l'assurable, l'assureur peut :

- soit accepter le risque soumis,
- soit l'accepter à conditions spéciales,
- soit le refuser.

L'acceptation de l'assureur sera notifiée, en tout état de cause, à l'assurable.

### > 1.2 Étendue territoriale

Les garanties s'exercent dans le monde entier hormis dans les pays faisant l'objet d'une exclusion contractuelle reprise au certificat d'adhésion.



# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Sont exclus des garanties les sinistres survenus lors des séjours effectués par l'Adhérent dans les zones dites « Formellement déconseillées » ou « Déconseillées sauf raison impérative » à la date du départ selon la nomenclature du Ministère des Affaires Étrangères, ou les zones équivalentes si la nomenclature était amenée à évoluer.

Les sinistres « Incapacité » et « Invalidité » ne sont indemnisables qu'à raison des seules périodes d'hospitalisation, pour toute période de séjour hors des territoires suivants : France métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco, DOM (Départements d'Outre-Mer), ROM (Régions d'Outre-Mer), COM (Collectivités d'Outre-Mer), et CSG (Collectivités Sui Generis, ex Nouvelle Calédonie). L'arrêt de travail est dans ce cas réputé survenu à la date de rapatriement dans l'un des territoires cités, et les indemnités ne seront dues que pour la période postérieure à ce rapatriement et après contrôle médical de l'assureur.

La détermination du taux d'invalidité et de la durée de l'incapacité est toujours effectuée dans l'un de ces territoires.

Il est toutefois prévu qu'un arrêt de travail survenu dans un pays limitrophe de la France métropolitaine soit couvert dans les conditions normales d'indemnisation dès lors que l'Adhérent se soumettra à toute expertise médicale pratiquée sur le territoire français.

En cas de changement de résidence hors de ces territoires, l'Adhérent ne sera pas radié de plein droit, mais ses garanties s'exerceront dans les conditions du présent article.

Les indemnités sont toujours payées en euro.

## > 1.3 Cessation des garanties

Les garanties des conventions 191738 et 191739 cessent à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la date anniversaire de l'Adhérent ci-après mentionnée, cette cessation intervenant de plein droit et sans formalités :

- pour les garanties Décès toutes causes et Rente de conjoint : 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Rente éducation : 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Décès accidentel : 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Double Effet : 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Capital de reconversion : 55<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent,
- pour les garanties Invalidité : à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime général quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard à son 65<sup>ème</sup> anniversaire,
- pour les garanties Incapacité de travail et Frais Professionnels : à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime général quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard à son 70<sup>ème</sup> anniversaire.

## Article 2 - Effet - Durée - Résiliation et modifications des conventions

### > 2.1 Effet - Durée

Les conventions 191738 et 191739 prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Elles sont conclues pour une durée indéterminée et sont résiliables chaque année, par lettre recommandée adressée au moins 2 mois avant la fin de l'exercice civil.

### > 2.2 Résiliation

#### Effet de la résiliation sur les nouvelles adhésions

La résiliation des conventions entraîne le refus de toute nouvelle adhésion.

#### Effet de la résiliation sur les adhésions en cours

La résiliation des conventions entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les Adhérents sauf dans les cas de maintien mentionnés ci-après, les Adhérents concernés étant informés par lettre recommandée de cette résiliation.

#### Règles de maintien

**Les adhésions en cours seront maintenues sous réserve des dispositions de l'article 23 - Calcul et paiement des cotisations individuelles pour les Adhérents qui, au jour de la résiliation, auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions des conventions et ce, tant qu'une réglementation impérative impose un tel maintien.**

**Les garanties sont maintenues dans les limites précisées à l'article 1.3 (Cessation des garanties).**

### > 2.3 Modifications des conventions

La modification de la convention peut s'opérer par voie d'avenant conclu entre l'assureur et le Souscripteur dans les conditions de l'article R 141-6 du Code des assurances.

L'assureur conserve la possibilité de résilier les conventions et de proposer la souscription de nouvelles conventions au Souscripteur.

#### Application des modifications aux nouvelles adhésions

Les adhésions conclues à compter de la date d'effet des modifications intervenues se verront appliquer de plein droit les conventions ainsi modifiées.

#### Application des modifications aux adhésions en cours

Les modifications s'appliquent aux adhésions en cours, la modification consistant notamment en une majoration des cotisations (cf. article 23 - Calcul et paiement des cotisations individuelles).

Ces modifications peuvent également être opérées sur proposition unilatérale de l'assureur. Dans ce cas, les modifications sont applicables aux adhésions en cours sous réserve du consentement individuel direct de chaque Adhérent après information dans les formes prescrites ci-après.

Le consentement de chaque Adhérent peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de l'assureur de la part de l'Adhérent dans les trente jours suivant son exécution.

Les Adhérents seront informés par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à leurs droits et obligations, par le Souscripteur trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Cette information pourra se faire par courrier simple, le Souscripteur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé.

Dans ce cas, l'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information, l'envoi d'un courrier recommandé.

En cas de refus par l'Adhérent d'une modification, celui-ci conserve le droit de demander sa radiation.

# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Article 3 - Effet - Durée - Radiation des adhésions - Évolution - Sans effet

### > 3.1 Conclusion de l'adhésion - Date d'effet

Les modalités, la date de conclusion de l'adhésion, la date d'effet de l'adhésion sont mentionnées, sur le Certificat d'adhésion soumis à signature de l'Adhérent.

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion sous réserve que la première cotisation soit effectivement encaissée par l'assureur, tout défaut d'encaissement imputable à l'Adhérent privant d'effet son adhésion.

Les garanties ne sont réputées souscrites que si elles sont mentionnées expressément au certificat d'adhésion.

Il est précisé que l'Adhérent doit signer le certificat d'adhésion et l'adresser en retour à l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de sa date d'émission.

À défaut, l'assureur pourra considérer l'adhésion comme sans effet et adresser à cette fin à l'Adhérent une lettre recommandée l'en informant.

Les cotisations versées sont alors remboursées à l'Adhérent.

### > 3.2 Durée de l'adhésion

Sauf radiation, l'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> jour du mois anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties cessent comme précisé à l'article 1.3. (Cessation des garanties).

L'adhésion cesse de fait à la date de cessation de toutes les garanties.

**Le décès de l'Adhérent indemnisable ou non, met fin à l'adhésion.**

### > 3.3 Radiation des adhésions

Un Adhérent est radié de plein droit et son adhésion au contrat prend fin entraînant la cessation des garanties :

- en cas de résiliation des conventions sous réserve des règles de maintien de l'article 2,
- en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de la mise en demeure par lettre recommandée de l'assureur à l'Adhérent, en application et dans les formes requises par l'article L 113-3 du Code des assurances,
- sur demande de l'Adhérent à la date anniversaire de l'adhésion, demande formulée de sa part par lettre recommandée adressée au moins deux mois à l'avance.

### > 3.4 Évolution des garanties

Les garanties sont indexées sur le PASS (cf. glossaire) à chaque échéance annuelle. L'Adhérent peut refuser cette indexation, par lettre recommandée adressée à l'assureur deux mois avant l'échéance annuelle de cotisation. Ce refus ne remet pas en question les indexations futures.

## Article 4 - Exclusions et limitations

### > 4.1 Risques exclus

#### 4.1.1 Pour toutes les garanties :

- a. Le suicide, pendant la première année suivant la date d'adhésion.
- b. Le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir. On entend par guerre, les hostilités entre États, qu'il y ait eu ou non déclaration de guerre. Lorsque l'Adhérent se trouve à l'étranger au moment de troubles (guerre civile, terrorisme, tumultes,...), n'est garanti que le sinistre survenant dans les quatorze jours suivant le début des hostilités (ou la date à laquelle les autorités françaises demanderaient à leurs ressortissants de quitter le pays).
- c. Les sinistres survenus lors des séjours effectués par l'Adhérent dans les zones dites « Formellement déconseillées » ou « Déconseillées sauf raison impérative » à la date du départ selon la nomenclature du Ministère des Affaires Étrangères, ou les zones équivalentes si la nomenclature était amenée à évoluer.
- d. Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.

#### 4.1.2. Pour les garanties Décès accidentel supplémentaire, PTIA « toutes causes », PTIA « accidentelle », Invalidité permanente fonctionnelle (convention 191738), et les garanties Revenu de remplacement, Frais professionnels, Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail (convention 191739) :

- a. La pratique d'un sport à titre professionnel.
- b. La pratique régulière ou non, non encadrée par une fédération ou un club sportif agréé des sports à risque suivants : alpinisme sans guide breveté, ski hors piste sans moniteur diplômé, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxes, catch, lutte, spéléologie, rafting, canyoning, plongée avec équipement autonome sauf dans le cadre de baptême encadré par un moniteur diplômé d'état.
- c. La participation aux matches, épreuves ou compétitions de sports aquatiques ou terrestres, nécessitant l'usage d'un engin à moteur, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent.
- d. Les accidents impliquant un engin à moteur dont l'Adhérent était le conducteur alors qu'il n'avait pas le permis ou l'âge requis ainsi que leurs conséquences.
- e. Les activités aériennes dangereuses : acrobaties, vols d'essais, vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, parapente, ultra léger motorisé (ULM), deltaplane, parachutisme, aile volante, kitesurf sauf dans le cadre de baptême encadré par un moniteur diplômé d'état.
- f. Les exhibitions, tentatives de record, paris.
- g. Les affections neuro-psychiques (y compris les dépressions et les syndromes anxio-dépressifs, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, burn out et les syndromes de fatigue chronique), les fibromyalgies et les syndromes d'Ehlers-Danlos, sauf :
  - pendant la période d'hospitalisation en CHU et hôpital psychiatrique et en dehors de l'application du délai d'attente exprimé au 4.2.1 (Délai d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité),
  - si elles apparaissent dans les 6 mois suivant le décès du conjoint ou d'un enfant et en sont la conséquence. Dans ce cas, la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours par décès.
- h. Les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'Adhérent est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie sanctionnable au titre du Code de la route, ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou pro-

# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

duits toxiques et médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.

- i. L'usage de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.
- j. Les conséquences d'un acte intentionnel de l'Adhérent (notamment : tentative de suicide, mutilation volontaire, participation à des rixes, émeutes et mouvements populaires).
- k. Tous actes de chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement et leurs conséquences.
- l. Les arrêts de travail nécessaires au suivi de cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maison de repos.
- m. Les arrêts de travail en cas de grossesse, pathologique ou non, pendant les six semaines précédant la date prévue de l'accouchement et les dix semaines lui succédant.
- n. Toute grossesse dont la date présumée de début de grossesse est antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

**NB : La détention de tout titre, permis, licence, certificat ou autorisation administrative obtenu de manière irrégulière est considérée comme un défaut de détention**

## > 4.2 Limitations particulières

### 4.2.1. Délai d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité

Les sinistres ayant pour cause une maladie ou une grossesse **survenant dans les quatre-vingt-dix jours suivant la date d'effet de l'adhésion ne donnent pas lieu à indemnisation, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.**

Ce délai d'attente est porté à trois cent soixante-cinq jours pour les périodes d'hospitalisation en établissement spécialisé justifiées par des affections neuro-psychiques (cf. article 4.1.2.g).

Après acceptation médicale du dossier les délais d'attente peuvent être abrogés lorsque l'adhésion au contrat remplace, sans interruption dans le temps, une adhésion de même nature et montant concernant le même Adhérent, âgé de moins de 60 ans à la date d'adhésion.

Dans ce cas, cette mention sera portée au certificat d'adhésion.

### 4.2.2 Précisions concernant l'application des garanties aux états antérieurs

**Sous réserve des sanctions en cas de fausse déclaration, les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités dont la date de première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties et à condition qu'elles n'aient fait l'objet d'aucune exclusion indiquée au certificat d'adhésion.**

### 4.2.3 Activités sportives

La garantie applicable à la pratique de certains sports à risque spécifiques non visés précédemment au point 4.1.2 « Pour les garanties Décès accidentel supplémentaire », PTIA « toutes causes », PTIA « accidentelle », Invalidité permanente fonctionnelle (convention 191738) et les garanties Revenu de remplacement, Frais professionnels, Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail (convention 191739), peut faire l'objet d'une surprime ou d'un aménagement des garanties précisés sur le certificat d'adhésion.

### 4.2.4 Affections disco vertébrales

Les hernies discales, les lumbagos et les sciatiques sont indemnisés comme des maladies quelle qu'en soit l'origine, dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une exclusion des garanties précisée au certificat d'adhésion.

## Article 5 - Procédure d'arbitrage

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes celles-ci s'engagent en cas de difficultés et également en cas de désaccord portant sur des conclusions médicales, avant toute autre procédure à s'en reporter à la sentence rendue par trois arbitres. ils sont choisis selon la procédure suivante.

Chaque partie désigne un arbitre. Les deux arbitres choisissent entre eux un troisième arbitre.

En cas de désaccord sur le règlement du litige, les arbitres choisissent un quatrième et un cinquième arbitre.

À défaut d'entente sur ce choix, ce nouvel arbitre est nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'est pas rendue.

Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

## Article 6 - Subrogation

De convention expresse, l'Adhérent déclare subroger l'assureur à raison des prestations pouvant ouvrir droit à recours à l'égard de tout tiers concerné.

## Article 7 - Faculté de renonciation (Article L 132-5-1 du Code des assurances)

Les parties déclarent se placer sous le régime de l'article L 132-5-1 du Code des assurances sous réserve des mentions contractuelles pouvant y faire exception.

L'Adhérent peut renoncer à l'adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous serez informé que celle-ci est conclue :

L'adhésion est réputée conclue à la date de signature par l'Adhérent, du Certificat d'adhésion qui prévoit les signatures de l'Adhérent et de l'assureur.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

Generali Vie  
9 boulevard Haussmann  
75440 Paris Cedex 09

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous. Conformément à l'article L 132-5-1 du Code des assurances, l'Adhérent, personne physique, a la faculté de renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes que l'Adhérent a versées, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article

# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L 132-5-1 du Code des assurances suivant le trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où l'Adhérent est informé que l'adhésion est conclue.

## Modèle de lettre-type

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° du contrat : \_\_\_\_\_  
Montant du versement : \_\_\_\_\_  
Date du versement : \_\_\_\_\_  
Mode de paiement : \_\_\_\_\_

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément à l'adhésion au contrat d'assurance sur la vie ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans le bulletin d'adhésion.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références.

## Article 8 - Délai de prescription (Articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances)

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « Souscripteur », le terme Adhérent.

Conformément aux dispositions des articles L 114-1 et L 114-2 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 la 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'assurance contre les accidents, atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2., les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de 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.

## Article 9 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle

### > 9.1 Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali  
Service Réclamations  
7 boulevard Haussmann  
75456 Paris cedex 09  
servicereclamations@generali.fr

Nous accuserons réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire. La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

### > 9.2 Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez, si vous avez souscrit votre contrat en qualité de particulier, saisir le Médiateur indépendant auprès de Generali, en écrivant à M. le Médiateur auprès de :

Generali  
7 boulevard Haussmann  
75456 Paris Cedex 09.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

### > 9.3 Autorité légale chargée du contrôle de l'assureur

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**  
61 rue Taitbout  
75436 Paris Cedex 09

## Article 10 - Traitement et communication des informations

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des

# A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement, de prospection (sous réserve du respect de votre droit d'opposition ou de l'obtention de votre accord à la prospection conformément aux exigences légales) d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali Vie peut être amené à communiquer des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de :

Generali Vie  
Direction de la Conformité  
7 boulevard Haussmann  
75440 Paris Cedex 09.

## Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 8 rue Vivienne - 75002 Paris.

## Article 11 - Loi applicable à l'adhésion et régime fiscal

Pour toutes difficultés relatives à son appréciation, sa validité et son exécution, la loi applicable pour la conclusion, l'exécution et le dénouement de l'adhésion est la loi française ; dans toutes les hypothèses où un choix de loi serait ouvert, les parties conviennent que la loi applicable à l'adhésion est la loi française.

L'assureur et le Souscripteur ont convenu que le français est la langue qui est utilisée entre les parties durant toute la durée de l'adhésion.

Le régime fiscal applicable à l'adhésion est le régime fiscal français.

# B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'Adhésion à certaines garanties peut être conditionnée par l'adhésion à une ou plusieurs autres garanties. Ces règles sont présentées à l'Adhérent, lors de son adhésion.

Les sinistres n'ouvrent droit à garantie que s'ils surviennent durant la période de garantie.

## CONVENTION N° 191738

### Article 12 - Garantie Décès

#### > 12.1 Garantie décès toutes causes

En cas de décès de l'Adhérent, le capital assuré est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au certificat d'adhésion ou à ses avenants.

Ce capital assuré sera versé selon le choix de l'Adhérent, en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère. Ce choix sera mentionné sur le certificat d'adhésion.

Dans le cas où l'Adhérent opte pour le paiement en rente, le montant de la rente viagère sera déterminé selon les tables de mortalité et le taux d'intérêt en vigueur au moment de son décès.

Le montant du capital assuré est indiqué au certificat d'adhésion

**Le sinistre met fin à l'adhésion et aux garanties sauf application de la garantie Double effet (cf. article 12.4).**

#### > 12.2 Garantie immédiate

En cas de décès de l'Adhérent par suite d'accident (cf. glossaire) entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'émission du certificat d'adhésion, dans un délai de 60 jours maximum à compter

de la date de signature du bulletin d'adhésion, un capital équivalent au capital décès toutes causes dans la limite d'un montant maximum de 150 000 euros est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le bulletin d'adhésion, sous réserve des exclusions prévues à la présente notice et sous déduction de la cotisation due au titre de cette garantie.

Dans le cas où les garanties rente de conjoint ou rente éducation ont été demandées, l'assureur convertira les arrérages sous la forme de capitaux, et versera ce capital dans la limite d'un montant maximum de 150 000 euros.

**Les garanties Capital décès, rente de conjoint et rente éducation sont cumulables dans la limite de 150 000 euros.**

**Le sinistre entraîne la caducité de l'adhésion, les garanties demandées étant sans effet.**

#### > 12.3 Garantie décès accidentel supplémentaire

En cas de décès de l'Adhérent par suite d'accident (cf. glossaire), le capital décès accidentel ou la rente supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au certificat d'adhésion.

Le montant du capital assuré pour cette garantie, dès lors qu'elle a été souscrite, est également indiqué au certificat d'adhésion. Ce montant est limité à deux fois le montant du capital décès toutes causes.

## B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 12.1).

Dès lors, le montant de la rente supplémentaire viagère sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 12.1 (Garantie décès toutes causes). Cette rente est limitée à deux fois le montant de la rente versée au titre de la garantie décès toutes causes

### > 12.4 Double effet

En cas de décès du conjoint avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire et dans la limite des garanties (cf. article 1.3 Cessation des garanties), à condition que ce décès survienne après le décès de l'Adhérent ou simultanément, un capital supplémentaire au plus égal au capital décès toutes causes, est versé en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère aux enfants qui étaient à la charge (cf. glossaire) de l'Adhérent lors de son décès et qui sont à charge du conjoint à la date de son décès.

La part revenant à chaque enfant est égale au montant du capital ou de la rente divisé par le nombre d'enfants qui étaient à la charge de l'Adhérent lors de son décès et qui sont à charge du conjoint à la date de son décès.

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 12.1).

Le montant de la rente supplémentaire viagère sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 12.1 (Garantie décès toutes causes).

En cas de décès simultané de l'Adhérent et de son conjoint résultant d'un même accident, le conjoint est réputé être décédé postérieurement à l'Adhérent.

## Article 13 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

### > 13.1 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (toutes causes)

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent par suite de maladie ou d'accident, un capital égal à celui que l'assureur aurait payé si l'Adhérent était décédé à la date de consolidation (cf. glossaire), est versé en une seule fois ou sous forme de rente à l'Adhérent.

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 12.1).

Le sinistre est réputé survenu à la date de constatation de l'état de PTIA (cf. glossaire).

Le montant de la rente viagère sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 12.1 (Garantie décès toutes causes).

**Le sinistre dès lors qu'il est indemnisable met fin à l'adhésion sauf application de la garantie double effet, et déclenche le paiement des garanties rente de conjoint et rente éducation si celles-ci ont été souscrites.**

### > 13.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie « accidentelle »

Si la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est due à un accident (cf. glossaire), le capital ou la rente est majoré du montant dû en cas de décès accidentel.

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 12.1).

Le montant de la rente viagère supplémentaire sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 12.1 (Garantie décès toutes causes).

**Le sinistre met fin à l'adhésion et aux garanties sauf application de la garantie double effet, et ouvre droit aux garanties rente de conjoint et rente éducation si celles-ci ont été souscrites.**

## Article 14 - Invalidité permanente fonctionnelle

La mise en jeu de ces garanties est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

### > 14.1 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 % (IP66%)

Un Adhérent est considéré en état d'IP66% lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est atteint d'une invalidité fonctionnelle présumée définitive d'un degré égal ou supérieur à 66 %.

En cas d'IP66%, l'Adhérent peut demander à l'assureur, dans un délai de deux mois à partir de la date de consolidation, le règlement du capital invalidité.

L'invalidité permanente fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources, en se référant aux barèmes M, E ou A (cf. Point E « Barèmes d'invalidité permanente » de la présente Notice d'information) selon la catégorie professionnelle de l'Adhérent.

- Barème M : professions médicales et paramédicales (cf. article 22)
- Barème E : professions Expert et Conseil (cf. article 22)
- Barème A : autres catégories professionnelles

L'invalidité permanente fonctionnelle est réputée consolidée :

- au jour de la preuve de la constatation médicale, si elle est consécutive à un accident,
- le jour de l'expiration d'un délai de deux ans de durée continue de l'invalidité permanente courant à partir du jour où la preuve de celle-ci est apportée à l'assureur, si elle est consécutive à une maladie.

L'IP66% ne peut plus être réglée en cas de consolidation après la cessation de la garantie alors que le délai de deux ans n'a pas encore expiré, même si la preuve de l'invalidité fonctionnelle a été apportée antérieurement.

Le montant du capital assuré est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

**Le sinistre met fin à la garantie 14.4 (Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 %) si cette garantie a été souscrite.**

### > 14.2 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 % par suite d'accident (IP66% accident)

En cas d'IP66% accident, l'Adhérent peut demander à l'assureur, dans un délai de deux mois à partir de la date de consolidation, le règlement du capital supplémentaire dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

**Le sinistre met fin à la garantie 14.5 (Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % suite à accident) si cette garantie a été souscrite.**

## B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

### > 14.3 Capital de reconversion en cas d'invalidité

En cas d'invalidité permanente fonctionnelle d'un degré égal ou supérieur à 66 %, l'Adhérent Travailleur Non Salarié exerçant une profession médicale (cf. article 22), reçoit dans un délai de deux mois à partir de la date de consolidation (cf. glossaire), un capital libre de choix dans la limite de 50 000 euros.

Ce montant est indiqué au certificat d'adhésion si cette garantie a été souscrite.

L'IP66% ne peut plus être réglée en cas de consolidation après la cessation de la garantie alors que le délai de deux ans n'a pas encore expiré, même si l'état d'invalidité permanente a été constaté antérieurement.

### > 14.4 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % (IP7 à 66%)

En cas d'IP 7 à 66%, l'Adhérent peut prétendre au règlement dans un délai de deux mois à partir de la date de consolidation, du capital assuré en cas d'invalidité permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % auquel est appliqué le rapport du taux invalidité constaté à 66 %.

Le degré d'invalidité permanente est évalué selon les critères définis au point 14.1 (Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 66 %).

L'invalidité permanente d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % ne peut plus être réglée en cas de consolidation après la cessation de la garantie alors que le délai de deux ans n'a pas encore expiré, même si l'état d'invalidité permanente fonctionnelle a été constaté antérieurement.

Le montant du capital assuré est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

### > 14.5 Capital invalidité d'un degré supérieur ou égal à 7 % et inférieur à 66 % suite à un accident (IP7 à 66 % accident)

En cas d'IP 7 à 66 % accident, l'Adhérent a droit au règlement dans un délai de deux mois à partir de la date de consolidation, du capital supplémentaire assuré en cas d'IP66% dans le rapport du taux constaté à 66 %.

Le montant du capital assuré est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

## CONVENTION N° 191739

### Article 15 - Rente de conjoint

---

#### > 15.1 Garantie principale

En cas de décès de l'Adhérent, le conjoint de l'Adhérent reçoit une rente viagère payable par mois civil échu. Le montant mensuel de la rente est indiqué au Certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

**Le sinistre met fin à l'adhésion sauf application de la garantie Double effet.**

Tout changement de conjoint (au sens de la définition du glossaire), doit être communiqué à l'assureur dans les plus brefs délais. L'assureur définit alors le montant garanti et la nouvelle cotisation à appliquer.

À défaut d'information, en cas de décès de l'Adhérent, l'assureur verse la rente de conjoint en fonction des informations indiquées au Certificat d'adhésion ou par avenant.

Lorsque cette garantie est souscrite en tant que seule garantie principale, et dès lors qu'il n'existe plus de personne susceptible d'en être bénéficiaire, elle doit être remplacée par une autre garantie principale. L'Adhérent doit signaler ce changement à l'assureur qui définit le montant garanti et la nouvelle cotisation à appliquer.

#### > 15.2 Double effet

En cas de décès simultané ou de PTIA de l'Adhérent et de son conjoint ou de décès ultérieur du conjoint de l'Adhérent, une rente égale à 25 % de la rente visée au 15.1 est versée à chaque enfant à charge dans les mêmes limites et conditions d'âge que celles précisées au glossaire (cf. définition d'« enfant à charge »).

Cette rente est prorogée tant que l'enfant poursuit des études et au plus tard jusqu'à son 28<sup>ème</sup> anniversaire.

La rente évolue avec l'âge de l'enfant : elle est majorée de 50 % à partir du terme du mois correspondant à son 12<sup>ème</sup> anniversaire et de 100 % à partir du terme du mois correspondant à son 18<sup>ème</sup> anniversaire. La rente est payable par mois civil échu.

### Article 16 - Rente éducation

---

#### > 16.1 Garantie principale

En cas de décès de l'Adhérent avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, chaque enfant à charge (cf. glossaire) désigné au certificat d'adhésion ou par avenant, reçoit une rente payable par mois civil échu jusqu'au terme du mois correspondant à son 18<sup>ème</sup> anniversaire. Cette rente est prorogée, tant que l'enfant répond à la définition de l'enfant à charge (cf. glossaire).

Le montant mensuel de la rente est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

La rente évolue avec l'âge de l'enfant : elle est majorée de 50 % à partir du terme du mois correspondant à son 12<sup>ème</sup> anniversaire et de 100 % à partir du terme du mois correspondant à son 18<sup>ème</sup> anniversaire.

**Le sinistre met fin à l'adhésion.**

Lorsque cette garantie est souscrite en tant que seule garantie principale, et dès lors qu'il n'existe plus de personne susceptible d'en être bénéficiaire, elle doit être remplacée par une autre garantie principale. L'Adhérent doit signaler ce changement à l'assureur qui définit le montant garanti et la nouvelle cotisation à appliquer.

Toute modification concernant les enfants à charge de l'Adhérent, doit être portée à la connaissance de l'assureur dans les plus brefs délais. À défaut d'information, en cas de décès de l'Adhérent, l'assureur verse la rente éducation aux enfants à charge dont l'identité a été indiquée au Certificat d'adhésion ou par avenant.

# B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

## > 16.2 Double effet

En cas de décès ou de PTIA simultané de l'Adhérent et de son conjoint, ou de décès ou de PTIA ultérieur du conjoint, avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent, la rente éducation est doublée et versée dans les mêmes conditions que celles définies ci-dessus, avec les mêmes majorations.

## Article 17 - Incidence de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent sur les garanties « Rente de conjoint » et « Rente éducation »

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent :

- les prestations définies au titre de la garantie rente de conjoint seront versées à l'Adhérent invalide. En cas de décès de l'Adhérent invalide, la prestation servie représentera au maximum l'équivalent de cinq annuités en tenant compte des prestations déjà servies.
- les prestations définies au titre de la garantie rente éducation seront versées à chaque enfant à charge (cf. glossaire) désigné au certificat d'adhésion jusqu'au terme du mois correspondant à son 18<sup>ème</sup> anniversaire. Cette rente est prorogée, tant que l'enfant reste à charge (cf. glossaire).

**Le sinistre dès lors qu'il est indemnisable met fin à l'adhésion.**

## Article 18 - Revenu de remplacement

### > 18.1 Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale (ITT)

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Adhérent (cf. glossaire), l'assureur verse les indemnités journalières définies au certificat d'adhésion après expiration du (ou des) délai(s) de franchise également défini(s) au certificat d'adhésion.

À l'adhésion, le montant maximum des indemnités journalières souscrites ne doit pas dépasser 125 % du revenu annuel déclaré divisé par 365.

Deux types de franchise sont susceptibles de s'appliquer :

- Franchise absolue : les prestations sont dues à compter du premier jour qui suit l'expiration du délai de franchise absolue.
- Franchise relative (option au choix de l'Adhérent) : si l'arrêt de travail est supérieur à la franchise absolue, la franchise est réduite au délai de franchise relative.

Le choix de la franchise relative modifie la durée de la franchise en cas de maladie suivant le choix de la franchise absolue.

La franchise relative n'est pas accordée aux professions salariés (cf. article 22).

L'Adhérent choisit, le délai de franchise absolue et, éventuellement celui de la franchise relative ainsi que le montant de l'indemnité journalière fixe ou variable par palier ; la franchise relative est accordée exclusivement aux Adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée.

Il existe 3 causes de franchise absolue :

- Franchise maladie : arrêt de travail lié à une maladie hors hospitalisation.
- Franchise accident : arrêt de travail lié à un accident avec ou sans hospitalisation.

- Franchise hospitalisation : arrêt de travail lié à une hospitalisation nécessitée par une maladie.

Les prestations seront réglées à l'expiration du délai de franchise hospitalisation prévu au certificat d'adhésion si au moins une des conditions suivantes est respectée :

- si l'arrêt de travail débute par une hospitalisation (cf. glossaire) donnant lieu à facturation d'au moins trois forfaits hospitaliers,
- si l'arrêt de travail débute par une hospitalisation avec acte chirurgical (cf. glossaire).

Les conditions d'applications des franchises sont résumées dans le tableau ci-contre :

Cause de l'arrêt	Hospitalisation	Acte chirurgical	Durée d'hospitalisation	Franchise appliquée
Accident				Franchise accident
Maladie	Avec hospitalisation	Avec acte chirurgical		Franchise hospitalisation
		Sans acte chirurgical	3 jours et plus	Franchise hospitalisation
			2 jours et moins	Franchise maladie
	Sans hospitalisation			Franchise maladie

### Indemnités journalières par palier

L'Adhérent peut choisir un montant différent d'indemnité journalière par période de prestation se décomposant ainsi :

- du 1<sup>er</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail,
- du 91<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail,
- du 366<sup>ème</sup> au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

Ces options et les franchises figurent au certificat d'adhésion si elles ont été souscrites.

Les indemnités sont versées par mois civil échu tant que dure l'incapacité et jusqu'à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime général, quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension et, au plus tard à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent ou à la consolidation d'un éventuel état d'invalidité et au maximum pendant 3 ans.

Au-delà de 3 ans d'indemnisation au titre de la présente garantie, l'Adhérent pourra percevoir la rente d'invalidité définie au paragraphe 18.3, si celle-ci a été souscrite, à condition que les conditions requises pour sa perception soient réunies.

En cas de nouvelle incapacité totale survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale et résultant d'une rechute (cf. glossaire), aucun délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation des conventions 191738 et 191739.

Le montant des indemnités journalières est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

### > 18.2 Incapacité temporaire partielle

**L'Adhérent doit exercer une activité professionnelle non salariée pour bénéficier de cette garantie.**

Si à l'issue de l'incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, l'Adhérent peut reprendre partiellement son activité professionnelle et qu'il est reconnu médicalement en état d'incapacité



## B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

temporaire partielle, l'indemnisation pourra être poursuivie jusqu'à la reprise complète d'activité (fin de l'incapacité partielle) et au plus pendant une durée maximale de six mois.

L'indemnité versée est alors égale à 50 % de l'indemnité souscrite au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

En cas de nouvelle incapacité partielle survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale ou partielle et résultant d'une rechute (cf. glossaire), aucun délai de franchise n'est appliqué. Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation des conventions 191738 et 191739.

### > 18.3 Rente d'invalidité

Un Adhèrent est considéré en état d'invalidité permanente partielle ou totale lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, son état de santé correspond aux définitions et taux suivants et que son état est consolidé.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

Pour les professions médicales et paramédicales (cf. article 22) :

Le taux d'invalidité est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle.

Pour les professions Expert et Conseil (cf. article 22) :

Le taux d'invalidité est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle

Pour les autres catégories professionnelles :

Le taux d'invalidité en pourcentage est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

Taux d'incapacité professionnelle en %	Taux d'incapacité fonctionnelle en %								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					33	37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40		33	40	46	52	58	63	69	74
50		35	43	50	56	62	68	74	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

• L'incapacité fonctionnelle est déterminée en se référant au barème A annexé à la présente Notice d'information.

• L'incapacité professionnelle est déterminée par expertise médicale en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercice antérieures et des possibilités restantes.

En cas d'invalidité permanente d'un taux supérieur ou égal à 66 %, l'Adhèrent perçoit en totalité une rente mensuelle jusqu'au moment où il bénéficie d'une pension de retraite versée par le régime général quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhèrent.

À l'adhésion, le montant maximum de la rente d'invalidité souscrite ne doit pas dépasser 125 % du revenu annuel déclaré divisé par 12.

Le montant de la rente d'invalidité est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

Lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 33 % mais inférieur à 66 %, la rente est versée dans les mêmes conditions en lui appliquant le rapport du taux constaté à 66 %.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %

Par option, le taux minimum peut être ramené à 15 % pour les Adhérents Travailleurs Non Saliés exerçant une profession médicale ou paramédicale (cf. article 22).

Ce taux sera indiqué au certificat d'adhésion si l'option a été souscrite.

Les rentes d'invalidité en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation des conventions 191738 et 191739.

## Article 19 - Frais professionnels

**L'Adhèrent doit exercer une activité professionnelle non salariée pour bénéficier de cette garantie. Cette garantie permet de bénéficier d'indemnités journalières supplémentaires afin de couvrir notamment les frais généraux de la société de l'Adhèrent ou liés à son activité professionnelle (salaire des employés, loyers, charges diverses .....).**

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle non salariée rémunérée.

### > 19.1 Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale (ITT)

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Adhèrent (cf. glossaire), l'assureur verse les indemnités journalières définies au certificat d'adhésion après expiration du (ou des) délai(s) de franchise également indiqué(s) au certificat d'adhésion.

Deux durées de garantie sont proposées :

- soit jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail,
- soit jusqu'au 1 095<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail.

L'Adhèrent choisit le délai de franchise absolue, le montant de l'indemnité journalière ainsi que la durée de garantie. Il n'y a pas de franchise relative pour les garanties Frais professionnels.

Les prestations seront réglées à l'expiration du délai de franchise hospitalisation prévu au certificat d'adhésion si au moins une des conditions suivantes est respectée :

- si l'arrêt de travail débute par une hospitalisation (cf. glossaire) donnant lieu à facturation d'au moins trois forfaits hospitaliers,
- si l'arrêt de travail débute par un acte chirurgical (cf. glossaire).

Ces options figurent au certificat d'adhésion si elles ont été souscrites.

Les indemnités sont versées par mois civil échu tant que dure l'incapacité et jusqu'à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime général, quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension et, au plus tard à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhèrent ou à la consolidation d'un éventuel état d'invalidité et au maximum durant 1 ou 3 ans selon la durée de garantie choisie.

En cas de nouvelle incapacité totale survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale et résultant

## B - DÉFINITIONS DES GARANTIES

d'une rechute (cf. glossaire), aucun délai de franchise n'est appliqué. Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme, y compris en cas de résiliation des conventions 191738 et 191739.

Le montant des indemnités journalières est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

### > 19.2 Incapacité temporaire partielle

Si, à l'issue de l'incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, l'Adhérent peut reprendre partiellement son activité professionnelle et qu'il est reconnu médicalement en état d'incapacité temporaire partielle, l'indemnisation pourra être poursuivie jusqu'à la reprise complète d'activité et au plus pendant une durée maximale de six mois.

L'indemnité versée est alors égale à 50 % de l'indemnité souscrite.

En cas de nouvelle incapacité partielle survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale ou partielle et résultant d'une rechute (cf. glossaire), aucun délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme, y compris en cas de résiliation des conventions 191738 et 191739.

### Article 20 - Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail

---

Les cotisations relatives à toutes les garanties souscrites à condition qu'elles restent dues au titre des conventions susvisées sont rem-

boursées en cas d'incapacité temporaire totale de l'Adhérent (telle que définie au glossaire), sous déduction d'une période de 90 jours non prise en compte.

Elles sont directement prises en charge par l'assureur en cas d'invalidité permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % pendant toute la période d'incapacité ou d'invalidité.

Cette garantie est incluse dès lors que l'une des garanties a été souscrite, et le montant de sa cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion.

### Article 21 - Revalorisation des prestations

---

Les prestations en cas d'arrêt de travail, rente éducation, rente de conjoint, rentes viagères servies depuis plus d'un an sont revalorisées annuellement le 1<sup>er</sup> juillet en fonction de l'évolution du point AGIRC constatée au cours de cette période et dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

Le fonds de revalorisation est alimenté par 85 % des revenus financiers réalisés sur les provisions constituées selon les normes légales en vigueur pour ces prestations, ces provisions étant investies sur l'actif général de la compagnie. Il est débité des sommes affectées à la revalorisation des rentes.

## C - DÉTERMINATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

### Article 22 - Catégories professionnelles

---

À la souscription, l'assureur indique à chaque Adhérent la cible professionnelle ainsi que la catégorie professionnelle de tarification dont il relève. Ces informations figurent sur le certificat d'adhésion.

#### > Cibles professionnelles

##### PROFESSIONS MÉDICALES

Professions non salariées pour lesquelles le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll Professions médicales ».

##### PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Professions non salariées pour lesquelles le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll Professions paramédicales ».

##### PROFESSIONS EXPERT ET CONSEIL

Sont considérées comme professions Expert et Conseil, les professions non salariées suivantes : Avocat, Géomètre, Huissier de justice, Notaire, Architecte, Conseiller juridique et fiscal, et Expert comptable. Le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll Professions Expert et Conseil ».

##### PROFESSIONS LIBÉRALES

Professions non salariées pour lesquelles le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll Professions libérales ».

##### PROFESSIONS ARTISANS/COMMERCANTS

Professions non salariées pour lesquelles le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll artisans/commerçants ».

##### PROFESSIONS AGRICOLES

Professions non salariées pour lesquelles le certificat d'adhésion émis comporte la mention « Atoll Professions agricoles ».

##### PROFESSIONS SALARIÉS

Mandataire social affilié au régime général, pour lequel le certificat d'adhésion comporte la mention « Atoll salariés ».

### Article 23 - Calcul et paiement des cotisations individuelles

---

#### > 23.1 Les cotisations à la date d'effet de l'adhésion

Les montant des cotisations sont calculées en fonction des déclarations faites à l'adhésion (du montant des garanties, des catégories professionnelles etc...).

Les cotisations (taxes actuelles comprises) sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent sur le bulletin d'adhésion. Elles peuvent être payées par année, par semestre, par trimestre ou par mois (prélèvement automatique obligatoire).

Tout ajout ou modification de taxe en cours de vie de l'adhésion pourra être appliquée dès l'échéance périodique de cotisation suivant la date d'application de la taxe.

L'Adhérent en sera informé par courrier simple.

Les cotisations et les taxes perçues en sus sont payables par l'Adhérent au Siège social de l'assureur ou au domicile du mandataire désigné.

# C - DÉTERMINATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Le payeur de cotisations peut être une personne morale agissant pour le compte de l'Adhérent ; dans ce cas, cette précision figure au certificat d'adhésion et, de convention expresse, cette personne est réputée se substituer à l'Adhérent pour l'accomplissement de toutes les formalités, et notamment l'envoi de tout courrier, relatives au paiement des cotisations.

Si dix jours après une échéance, la cotisation n'est pas payée, l'assureur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son montant.

À défaut de paiement, les garanties prennent fin pour chaque Adhérent quarante jours après la date d'envoi de cette lettre recommandée, indépendamment du droit pour l'assureur d'appliquer toutes les dispositions de l'article L 113-3 du Code des assurances.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

La cotisation due pour la première année figure sur le certificat d'adhésion émis lors de l'adhésion.

## > 23.2 À chaque échéance anniversaire

Les garanties seront indexées annuellement selon l'évolution du PASS (cf. glossaire) et les cotisations suivront l'évolution des garanties, cette indexation sera appliquée lors de la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion. L'Adhérent peut renoncer à cette indexation deux mois avant l'échéance par lettre simple adressée à l'assureur.

Les cotisations évoluent en fonction de l'évolution, à l'échéance anniversaire, des déclarations faites à l'adhésion ou par avenant (du montant des garanties, des catégories professionnelles etc...).

Elles sont révisables à chaque échéance principale annuelle de l'adhésion (cf. article 2.3 - Modifications des conventions).

L'évolution des cotisations sera communiquée à l'Adhérent dans la lettre d'information annuelle à chaque échéance anniversaire annuelle de l'adhésion.

## Article 24 - Augmentation ou ajout de garantie - Diminution ou suppression de garanties à la demande de l'Adhérent

### > Augmentation ou ajout de garantie

L'Adhérent peut demander une augmentation des montants assurés au titre de son adhésion ou l'ajout d'une ou plusieurs garanties sous condition de se soumettre aux formalités exigées pour une adhésion (cf. article 1.1 - Adhésion aux conventions).

Toute demande de modification allant à l'encontre des dispositions de la présente notice et notamment des plafonds et des dates de cessation des garanties, ainsi que des exclusions, ou présentée sans que les formalités susmentionnées aient été respectées est irrecevable et obligatoirement refusée.

L'adhésion ou le maintien des garanties en dehors des limitations prévues aux conventions du fait de l'âge, peut faire l'objet d'une demande de garantie auprès de l'assureur, qui sera soumise au respect de ces formalités.

Toute modification se fait à la prochaine échéance périodique de cotisation qui suit l'acceptation de l'assureur.

Toute augmentation de garantie en cas d'incapacité ou d'invalidité est soumise à l'application du délai d'attente (cf. article 4.2.1 Délai d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité).

### > Diminution ou suppression des garanties à la demande de l'Adhérent

- Un Adhérent peut demander la suppression d'une ou plusieurs des garanties complémentaires à la date anniversaire de son adhésion sur demande formulée de sa part par lettre recommandée adressée au moins deux mois à l'avance.
- Un Adhérent peut demander dans les mêmes conditions la suppression d'une des garanties principales souscrites, deux mois avant la date anniversaire de son adhésion :
  - Capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent, paiement en capital (Convention n° 191738) ou conversion en rente viagère (Convention 191739),
  - Rente de conjoint en cas de décès de l'Adhérent (Convention n° 191739).
  - Rente éducation en cas de décès de l'Adhérent (convention 191739).

**Lorsqu'il n'y a plus de garantie principale sur l'adhésion, celle-ci prend fin.**

**La radiation ou la suppression de garanties est sans effet sur les prestations en cours ou acquises qui seront versées et revalorisées sur les bases contractuelles.**

## Article 25 - Modification du risque

L'Adhérent doit avertir l'assureur par lettre recommandée dès qu'il en a connaissance :

- S'il change de profession ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion.
- S'il pratique des activités sportives à risque différentes de celles signalées à l'adhésion et s'il désire bénéficier d'une extension des garanties.
- S'il liquide ses droits à la retraite de son Régime général.

Le changement de profession entraîne le classement de l'Adhérent dans le groupe professionnel correspondant à sa nouvelle activité et l'application du tarif propre à ce groupe à la prochaine échéance de cotisations.

Une activité sportive aggravante exclue pourra entraîner, le cas échéant, une surprime ou une limitation des garanties.

À défaut d'information au moment du paiement des prestations une règle de proportionnalité sera appliquée aux prestations payées.

## D - SERVICE DES PRESTATIONS

L'assureur se réserve le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose légalement ou contractuellement au règlement du sinistre.

Sous peine de déchéance, toute personne se prévalant de la mise en jeu de la garantie décès doit remettre l'ensemble des pièces contractuellement exigées. De convention expresse, l'Adhérent reconnaît à l'assureur le droit de subordonner, à l'égard de toute personne s'en prévalant, la mise en jeu de cette garantie au respect de cette condition.

De convention expresse, et sous peine de déchéance, l'Adhérent reconnaît à l'assureur le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose au règlement du sinistre. L'Adhérent fait obligation à ses ayants droit ainsi qu'à tout sachant de ne pas s'y opposer.

En cas de refus de l'une des personnes ci-dessus mentionnées, l'assureur aura le droit de s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

### Article 26 - Pièces à fournir en cas de décès

- Original du certificat d'adhésion et des avenants éventuels,
- Acte de décès de l'Adhérent,
- Un certificat médical indiquant la cause du décès ou la nature de l'affection ayant entraîné le décès ; ou le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées par chaque bénéficiaire et par le médecin traitant de l'Adhérent,
- Photocopie de chaque page du livret de famille actualisé ou des livrets de famille (en cas de remariage),
- La photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité du (ou des) bénéficiaire(s),
- Certificat d'hérédité sur demande de l'assureur,
- tous documents relatifs aux articles 757 B et 990 I du Code Général des Impôts et toutes pièces exigées par la législation en vigueur au moment du sinistre.

Et,

- En cas d'accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès verbal de gendarmerie...),
- Si la garantie « Rente de conjoint » est souscrite :
  - photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité du conjoint bénéficiaire et de tout document officiel établissant la qualité en tant que conjoint bénéficiaire,
- Si la garantie « Rente éducation » est souscrite : photocopie de chaque page du livret de famille avec attestation sur l'honneur de sa validité ainsi qu'un document établissant la représentation d'un enfant mineur ou incapable majeur.
- Formalités en cours de service de la rente :
  - si la garantie « Rente de conjoint » est souscrite. Sur demande de l'assureur, l'acte de naissance du conjoint comportant les mentions marginales ;
  - si la garantie « Rente éducation » est souscrite :  
Chaque année, les pièces justificatives suivantes devront être fournies :
    - . avis d'imposition du foyer auquel est rattaché l'enfant à charge,
    - . certificat de scolarité attestant de la poursuite d'études,
    - . toute autre pièce que l'assureur estimerait nécessaire au service des prestations.

**Cette liste est non exhaustive et d'autres documents peuvent être demandés en fonction de l'évolution de la réglementation.**

Tous les documents énumérés sont à adresser au Siège Social de l'assureur.

### Article 27 - Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Un certificat médical précisant la nature de la maladie ou de l'accident ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et précisant la date des premiers symptômes de la maladie ou de la survenance de l'accident ; ou le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées par le médecin traitant et l'Adhérent.
- En cas d'accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès verbal de gendarmerie...).

Tous les documents énumérés sont à adresser au Siège Social de l'assureur.

### Article 28 - Formalités en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente

**Lorsque l'Adhérent relève d'une situation lui ouvrant droit à ces garanties lui-même doit, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les trente jours, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'assureur.**

**Passé ce délai, tout sinistre est réputé survenu le jour de la déclaration à l'assureur.**

À défaut de déclaration dans le délai imparti, le délai de franchise commencera à courir à compter du jour de la réception des pièces au Siège social de l'assureur.

L'Adhérent fournit, à ses frais, les pièces nécessaires pour le règlement des prestations.

#### > 28.1 Pièces à fournir

- Un certificat médical précisant :
  - la date de début de l'incapacité et sa durée prévisible ;
  - la nature exacte des lésions ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie ;

En cas d'hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

En cas d'hospitalisation avec acte chirurgical (cf. glossaire), il faudra également fournir le compte rendu opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus.

En cas d'arrêt de travail du à une affection neuro-psychique causée par le décès d'un enfant ou du conjoint :

- son acte de décès,
- selon le cas, tout document officiel établissant la qualité en tant que conjoint ou en tant qu'enfant ou une copie du livret de famille.

En cas d'accident, une déclaration précisant les circonstances et le lieu de survenance ainsi que tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès verbal de gendarmerie...).

Ou

- le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées respectivement par le médecin traitant et l'Adhérent, et toutes pièces exigées par la législation en vigueur au moment du sinistre.

## D - SERVICE DES PRESTATIONS

Ultérieurement, l'Adhérent fournira :

- un certificat de prolongation de l'arrêt de travail ou au contraire un certificat indiquant la date de reprise, même partielle de l'activité et toute pièce médicale demandée par le Médecin Conseil de l'assureur.

**Cette liste n'est pas exhaustive et peut être modifiée en fonction de l'évolution de la législation.**

Tous les documents énumérés sont à adresser au Siège Social de l'assureur.

### > 28.2 Contrôle et expertise médicale

**Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit se soumettre à tous examens que l'assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.**

**Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Adhérent pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.**

Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Adhérent doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

À partir de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions des présentes conventions, l'état et le taux d'incapacité ou d'invalidité.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'Adhérent hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

Pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu des garanties Incapacité et Invalidité, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'Adhérent à un examen médical auprès d'un médecin expert qu'il désignera à cet effet.

## E - BARÈMES D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Ce barème est utilisé pour la garantie Capital Invalidité des professions médicales et paramédicales (cf. articles 14 et 22).

Ce barème ne concerne pas la rente d'invalidité qui est déterminée, pour ces professions, sur la seule base professionnelle (cf. article 18.3).

### Barème M

#### > Tête

	Taux d'invalidité
• Hémiplégie complète.....	100 %
• Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm <sup>2</sup> .....	50 %
• Allévation mentale incurable et totale .....	100 %
• Épilepsie post-traumatique :	
- 1 crise par jour .....	50 %
- 1 à 2 crises par mois .....	25 %
• Perte complète des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 <sup>ème</sup> .....	100 %
• Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/10 <sup>ème</sup> .....	75 %
• Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
- 1/20 <sup>ème</sup> .....	60 %
- 1/10 <sup>ème</sup> .....	50 %

- 2/10 <sup>ème</sup> .....	35 %
- 3/10 <sup>ème</sup> .....	25 %
- 4/10 <sup>ème</sup> .....	18 %
- 5/10 <sup>ème</sup> .....	10 %

En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.

• Surdité bilatérale non appareillable .....	100 %
• Surdité totale unilatérale non appareillable.....	55 %
• Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs .....	2 % à 5 %
• Torticolis post-traumatique permanent .....	4 %

#### > Incapacité portant sur deux membres

	Taux d'invalidité
• Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	100 %
• Perte complète de l'usage des deux jambes .....	100 %
• Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe .....	100 %

# E - BARÈMES D'INVALIDITÉ PERMANENTE

## > Membres supérieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète du bras .....	100 %
• Perte complète de l'avant-bras désarticulation du coude) .....	100 %
• Perte complète des mouvements de l'épaule.....	100 %
• Perte complète des mouvements du poignet .....	100 %
• Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne) .....	100 %
• Perte complète du pouce .....	100 %
• Perte complète de l'index .....	100 %
• Perte complète du médius .....	100 %
• Perte complète de l'annulaire .....	50 %
• Perte complète de l'auriculaire .....	50 %
• Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70° et 110°) .....	50 %
• Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées) ...	100 %
• Ankylose du pouce, totale .....	100 %
• Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale) .....	60 %
• Paralysie totale du membre supérieur .....	100 %
• Paralysie du nerf circonflexe .....	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au bras .....	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au poignet .....	50 %
• Paralysie totale du nerf cubital au bras .....	100 %
• Paralysie totale du nerf cubital au poignet .....	40 %
• Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs) .....	100 %

## > Membres inférieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus).....	100 %
• Amputation de la jambe .....	75 %
• Perte totale des mouvements de la hanche .....	100 %
• Désarticulation du genou.....	55 %
• Amputation sus-malléolaire d'un pied .....	45 %
• Désarticulation tibio-tarsienne .....	40 %
• Amputation partielle d'un pied, compre- nant tous les orteils et métatarsiens .....	35 %
• Raccourcissement d'un membre de 7 cm ...	40 %
• Raccourcissement d'un membre de 5 cm ...	30 %
• Raccourcissement d'un membre de 3 cm ...	20 %
• Perte complète du gros orteil .....	35 %
• Perte complète de tous les orteils .....	35 %
• Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°) .....	25 %
• Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°) .....	50 %
• Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne .....	20 %
• Paralysie du tronc du nerf sciatique .....	40 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité externe .....	25 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité interne...	20 %

## > Rachis thorax

	Taux d'invalidité
• Paraplégie complète .....	100 %
• Tétraplégie complète.....	100 %
• Fracture de la colonne vertébrale cervicale (sans lésion de la moëlle épinière) .....	30 %
• Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de moëlle épineière) .....	50 %
• Tassement radiologique simple avec gêne moyenne .....	30 %
• Lumbago post-traumatique .....	10 %
• Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
- Droite.....	10 %
- Gauche.....	5 %
• Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes.....	5 %

## > Conditions d'application du Barème M d'invalidité permanente

1. Le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus est déterminé par expertise médicale en comparant leur gravité à celle des cas prévus.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

## Barème E

**Ce barème est utilisé pour la garantie Capital Invalidité des professions Expert et Conseil (cf. articles 14 et 22).**

**Ce barème ne concerne pas la rente d'invalidité qui est déterminée, pour ces professions, sur la seule base professionnelle (cf. article 18.3).**

## > Les troubles liés à la perte de la voix

	Taux d'invalidité
• Dysphonies chroniques (perte partielle ou totale de la voix (aphonie) suite notamment à :	
- Tumeurs malignes (carcinome épidermoïde)	
- Tumeurs bénignes (papillome)	
- Laryngites chroniques	
- Paralysies laryngées (paralysie récu- rentielle ou atteinte des nerfs mixtes) ...	5 % à 100 %
- Dysphonies séquellaires (granulome post intubation, sténose du larynx post	

# E - BARÈMES D'INVALIDITÉ PERMANENTE

intubation ou chirurgie, chirurgie totale ou partielle de la sphère ORL (hémi-laryngectomie, laryngectomie, cordectomie, buccolaryngectomie transbuccale,...)

- ....
- Aphasie (atteinte neurologique centrale) suite notamment à :
  - Accidents vasculaires cérébraux
  - SEP ..... 10 % à 100 %
  - tumeurs cérébrales
  - ....
- Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition ..... 10 % à 100 %

## > Tête

- |  | Taux d'invalidité |
|--|-------------------|
| • Hémiplégie complète.....   | 100 %             |
| • Aliénation mentale totale incurable .....  | 100 %             |
| • Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm <sup>2</sup> .....    | 50 %              |
| • Epilepsie avec crises suivant la fréquence des crises sous traitement bien conduit .....           | 20 % à 50 %       |
| • Perte totale des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 <sup>ème</sup> ..... | 100 %             |
| • Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/10 <sup>ème</sup> ..... | 60 %              |
| • Surdité bilatérale non appareillable .....   | 100 %             |
| • Surdité totale bilatérale non appareillable ...  | 55 %              |
| • Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs .....                   | 5 % à 15 %        |
| • Torticolis post-traumatique permanent.....   | 4 %               |
| • Perte de la mâchoire inférieure .....  | 100 %             |
| • Déficit neurologique objectif en dehors de l'aphasie .....   | 20 % à 100 %      |

## > Incapacité portant sur deux membres

- |  | Taux d'invalidité |
|--|-------------------|
| • Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains .....          | 100 %             |
| • Perte complète de l'usage des deux jambes                                | 100 %             |
| • Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe ..... | 100 %             |

## > Membres supérieurs

- |  | Taux d'invalidité |
|--|-------------------|
| • Perte complète du bras .....                                     | 100 %             |
| • Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude).....   | 100 %             |
| • Perte complète des mouvements de l'épaule.....                   | 80 %              |
| • Perte complète des mouvements du poignet.....                    | 80 %              |
| • Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne) ..... | 100 %             |
| • Perte complète du pouce .....                                    | 100 %             |
| • Perte complète de l'index .....                                  | 60 %              |
| • Perte complète du médius .....                                   | 60 %              |
| • Perte complète de l'annulaire .....                              | 35 %              |
| • Perte complète de l'auriculaire .....                            | 35 %              |
| • Perte totale du médius et de l'annulaire ou auriculaire .....    | 65 %              |
| • Perte totale des 2 derniers doigts .....                         | 50 %              |

## > Membres supérieurs

- |  | Taux d'invalidité |
|--|-------------------|
| • Ankylose complète du coude (en position favorable) .....         | 50 %              |
| • Ankylose complète du coude (en position défavorable) .....       | 100 %             |
| • Ankylose du pouce totale .....                                   | 100 %             |
| • Ankylose du pouce partielle .....                                | 60 %              |
| • Paralysie totale du membre supérieur .....                       | 100 %             |
| • Paralysie du nerf circonflexe .....                              | 100 %             |
| • Paralysie totale du nerf médian au bras .....                    | 100 %             |
| • Paralysie totale du nerf médian au poignet .....                 | 50 %              |
| • Paralysie totale du nerf cubital au bras .....                   | 100 %             |
| • Paralysie totale du nerf cubital au poignet ..                   | 40 %              |
| • Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs) ..... | 100 %             |

## > Membres inférieurs

- |  | Taux d'invalidité |
|--|-------------------|
| • Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus) .....  | 80 %              |
| • Amputation de la jambe .....   | 55 %              |
| • Perte totale des mouvements de la hanche   | 60 %              |
| • Désarticulation du genou.....  | 55 %              |
| • Amputation sus-malléolaire d'un pied .....   | 45 %              |
| • Désarticulation tibio-tarsienne .....  | 40 %              |
| • Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens .....  | 30 %              |
| • Raccourcissement d'un membre de 7 cm ...   | 40 %              |
| • Raccourcissement d'un membre de 5 cm ...   | 25 %              |
| • Raccourcissement d'un membre de 3 cm ...   | 10 %              |
| • Perte complète du gros orteil .....  | 10 %              |
| • Perte complète de tous les orteils .....   | 30 %              |
| • Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°) .....                        | 25 %              |
| • Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°) ..... | 50 %              |
| • Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne .....  | 20 %              |
| • Paralysie du tronc du nerf sciatique .....   | 40 %              |
| • Paralysie du nerf sciatique poplité externe  | 25 %              |
| • Paralysie du nerf sciatique poplité interne...   | 20 %              |
| • Paralysie du nerf crural .....   | 20 % à 35 %       |
| • Fracture du bassin selon les séquelles (moteurs, urinaires) .....  | 10 % à 60 %       |

## > Rachis thorax

- |   | Taux d'invalidité |
|---|-------------------|
| • Paraplégie complète .....   | 100 %             |
| • Tétraplégie complète.....   | 100 %             |
| • Fracture de la colonne vertébrale cervicale (sans lésion de la moëlle épinière) .....   | 30 %              |
| • Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moëlle épinière).....      | 40 %              |
| • Tassement radiologique simple avec gêne moyenne .....   | 40 %              |
| • Fracture de la clavicule avec séquelles nettes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Droite.....</li> <li>- Gauche.....</li> </ul> | 10 %<br>5 %       |
| • Atteinte de la fonction respiratoire objectivée par des épreuves fonctionnelles .....   | 5 % à 80 %        |
| • Paralysie complète du plexus brachial .....   | 100 %             |

# E - BARÈMES D'INVALIDITÉ PERMANENTE

## > Conditions d'application du Barème E d'invalidité permanente

1. Le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus est déterminé par expertise médicale en comparant leur gravité à celle des cas prévus.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

## Barème A

Ce barème est utilisé pour la garantie Capital Invalidité des autres professions et est aussi utilisé pour fixer l'invalidité fonctionnelle pour la rente invalidité (cf. article 18.3).

### > Tête

	Taux d'invalidité
• Hémiplégie complète.....	100 %
• Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm <sup>2</sup> .....	50 %
• Aliénation mentale incurable et totale .....	100 %
• Épilepsie post-traumatique :	
- 1 crise par jour .....	50 %
- à 2 crises par jour .....	20 %
• Perte totale des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 <sup>ème</sup> ....	100 %
• Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/10 <sup>ème</sup> ....	60 %
• Réduction de l'acuité visuelle d'un œil avec correction optimale à :	
- 1/20 <sup>ème</sup> .....	50 %
- 1/10 <sup>ème</sup> .....	40 %
- 2/10 <sup>ème</sup> .....	30 %
- 3/10 <sup>ème</sup> .....	20 %
- 4/10 <sup>ème</sup> .....	10 %
- 5/10 <sup>ème</sup> .....	5 %
En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.	
• Surdité bilatérale non appareillable .....	100 %
• Surdité totale unilatérale non appareillable ..	55 %
• Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs .....	0 %
• Torticolis post-traumatique permanent.....	4 %

### > Incapacité portant sur deux membres

	Taux d'invalidité
• Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	100 %
• Perte complète de l'usage des deux jambes .....	100 %
• Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe .....	100 %

### > Membres supérieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète du bras .....	100 %
• Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude).....	100 %
• Perte complète des mouvements de l'épaule	80 %
• Perte complète des mouvements du poignet.....	80 %
• Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne) .....	100 %
• Perte complète du pouce .....	100 %
• Perte complète de l'index .....	60 %
• Perte complète du médius .....	60 %
• Perte complète de l'annulaire .....	35 %
• Perte complète de l'auriculaire .....	35 %
• Perte complète du médius et de l'annulaire ou auriculaire .....	65 %
• Perte totale des 2 derniers doigts .....	50 %
• Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70° et 110°) .....	50 %
• Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées) ...	100 %
• Ankylose du pouce, totale .....	100 %
• Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale) .....	60 %
• Paralysie totale du membre supérieur .....	100 %
• Paralysie du nerf circonflexe .....	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au bras .....	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au poignet ..	50 %
• Paralysie totale du nerf cubital au bras .....	100 %
• Paralysie totale du nerf cubital au poignet ..	40 %
• Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs) .....	100 %

### > Membres inférieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus) .....	80 %
• Amputation de la jambe .....	55 %
• Perte totale des mouvements de la hanche	60 %
• Désarticulation du genou.....	55 %
• Amputation sus-malléolaire d'un pied .....	45 %
• Désarticulation tibio-tarsienne .....	40 %
• Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens .....	30 %
• Raccourcissement d'un membre de 7 cm ...	40 %
• Raccourcissement d'un membre de 5 cm ...	25 %
• Raccourcissement d'un membre de 3 cm ...	10 %
• Perte complète du gros orteil .....	10 %
• Perte complète de tous les orteils .....	30 %
• Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°) .....	25 %
• Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°) .....	50 %



# E - BARÈMES D'INVALIDITÉ PERMANENTE

## > Membres inférieurs (suite)

### Taux d'invalidité

• Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne .....	20 %
• Paralysie du tronc du nerf sciatique .....	40 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité interne...	20 %

## > Rachis thorax

### Taux d'invalidité

• Paraplégie complète .....	100 %
• Tétraplégie complète.....	100 %
• Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moëlle épinière) .....	30 %
• Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de moëlle épinière) ...	40 %
• Tassement radiologique simple avec gêne moyenne .....	40 %
• Lumbago post-traumatique .....	5 %
• Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
- Droite.....	10 %
- Gauche.....	5 %
• Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes .....	5 %

## > Conditions d'application du Barème A d'invalidité permanente

1. Le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus est déterminé par expertise médicale en comparant leur gravité à celle des cas prévus.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

# F - ASSISTANCE



## Préambule

---

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance ATOLL PREVOYANCE PRO. Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances aux Bénéficiaires du contrat ATOLL PREVOYANCE PRO souscrit auprès de GENERALI, entré en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## 1. Généralités

---

### > 1.1. Objet

La présente convention d'assistance ATOLL PREVOYANCE PRO a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

### > 1.2. Définitions

#### 1.2.1. GENERALI ASSISTANCE

Par GENERALI ASSISTANCE, il faut entendre Generali Iard ; Les services sont mis en œuvre par Europ Assistance Société Anonyme au capital de 35 402 785 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

#### 1.2.2. BÉNÉFICIAIRE

Sont considérées comme Bénéficiaires, toutes les personnes visées au présent contrat, inscrites aux Dispositions Particulières, et garanties par le contrat d'assurance prévoyance « Atoll Prévoyance » souscrit auprès de Generali.

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

#### 1.2.3. DOMICILE

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

#### 1.2.4. LOCAL PROFESSIONNEL

Désigne le siège social de l'activité professionnelle de l'Assuré en France.

#### 1.2.5. FRANCE

Désigne la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

#### 1.2.6. HOSPITALISATION

Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident, et comportant au moins une nuit sur place.

#### 1.2.7. IMMOBILISATION AU DOMICILE

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile d'une durée supérieure à 7 jours. Elle

devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

#### 1.2.8. ACCIDENT

Se définit comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

#### 1.2.9. MALADIE

Désigne une altération de la santé constatée par un docteur en médecine nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

#### 1.2.10. L'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE

Est en Incapacité Professionnelle le Bénéficiaire qui, par suite de Maladie ou d'Accident, est dans l'impossibilité d'exercer sa profession ayant entraîné une invalidité permanente totale ou partielle.

#### 1.2.11. L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Est en Invalidité permanente totale ou partielle de seconde catégorie, défini et reconnu par la Sécurité Sociale.

## 2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

---

### > 2.1 Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat ATOLL PREVOYANCE PRO. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture ; ATOLL PREVOYANCE PRO ; prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction.

### > 2.2 Conditions d'application

Europ Assistance intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeure incertain au moment du départ.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

### > 2.3 Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à Generali Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à Generali Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

### > 2.4 Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,

# F - ASSISTANCE

- À l'Étranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs.

## > 2.5 Étendue territoriale

### 2.5.1. ASSISTANCE AUX PERSONNES

Les prestations d'assistance de la présente convention s'appliquent en France métropolitaine et Principauté de Monaco.

### 2.5.2. EXCLUSIONS

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

## 3. Modalités d'intervention

**Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.**

Afin de Nous permettre d'intervenir, Nous Vous recommandons de préparer votre appel.

Nous Vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous Vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut Vous joindre,
- votre numéro de contrat ATOLL PREVOYANCE

Si Vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
- 01 41 85 88 47
- depuis l'étranger Vous devez composer le 33 1 41 85 88 47
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- Vous conformer aux solutions que Nous préconisons,
- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous Nous réservons le droit de Vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc).

**Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.**

**Fausse déclarations :**

**Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :**

- **toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu au Code des assurances à l'article L.113.8,**

- **toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des assurances tel que prévu à l'article L 113.9.**

## 4. Prestations d'assistance aux Personnes

### > 4.1 En cas de décès du Bénéficiaire

#### 4.1.1. TRANSPORT DE CORPS

Si le Bénéficiaire décède durant son déplacement à plus de 100 km de son Domicile.

Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais.

#### 4.1.2. FRAIS DE CERCUEIL EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès d'un Bénéficiaire, Nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, jusqu'à un maximum de 500 € TTC. Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

#### 4.1.3. RECONNAISSANCE DE CORPS ET FORMALITÉS DÉCÈS

Si le Bénéficiaire décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu de séjour, Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès.

### > 4.2 En cas de décès du Bénéficiaire, d'Hospitalisation de plus de 5 jours, d'Immobilisation au domicile de plus de 7 jours

#### 4.2.1. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesses, pour venir chercher, à votre Domicile vos enfants lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France. Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ainsi que celui d'un accompagnant. Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 7 nuits à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.

#### 4.2.2. GARDE DES ENFANTS

Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans à votre Domicile :

La présence d'une personne qualifiée pendant 20 heures maximum. La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

# F - ASSISTANCE

## Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service « Garde d'Enfants Malades » fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j / 7, afin de formuler votre demande.

## Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

## Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Les garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable de son médecin traitant. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant ; il ne peut effectuer d'actes médicaux outrepassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

## Conditions médicales et administratives :

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant (pour les enfants malades) que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de l'enfant l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie « Garde d'Enfants Malades » ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.
- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service «Garde d'Enfants Malades» n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

### **4.2.3. AIDE MÉNAGÈRE**

Nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile. Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère à concurrence de 20 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois). À défaut de la présentation des justificatifs (bulletin médical d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile), Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

## > 4.3 En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

### **4.3.1. BILAN DE L'HABITAT**

Si Vous souhaitez faire effectuer un bilan de votre Domicile afin de faire réaliser des aménagements Vous permettant de Vous maintenir à votre Domicile malgré les conséquences de l'accident de la vie dont vous êtes victime, Nous pouvons missionner à votre Domicile un spécialiste qui va réaliser un diagnostic de votre domicile pour mettre en évidence les équipements susceptibles de faciliter votre maintien à domicile (installations de rampes d'accès, de poignées, élargissement de portes...).

À l'aide de ce diagnostic et en tenant compte de vos souhaits, le spécialiste établit un devis de référence qu'il Vous adresse.

Nous prenons en charge la rémunération (diagnostic, déplacement et réalisation du devis) de ce spécialiste.

Le coût des travaux d'aménagement qui seront éventuellement réalisés suite au diagnostic est à votre charge.

## > 4.4 En cas de décès du Bénéficiaire ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

### **4.4.1. CONSEIL PATRIMONIAL - BILAN ADMINISTRATIF ET FINANCIER**

Nous organisons et prenons en charge un rendez-vous avec un Notaire désigné par le bénéficiaire ou à défaut avec un Notaire dont l'étude est proche du domicile du bénéficiaire afin d'effectuer un bilan patrimonial du bénéficiaire ou de sa famille proche.

Nous communiquerons dans le deuxième cas de figure 3 coordonnées de notaires proches du domicile du bénéficiaire et organiserons l'entretien avec le notaire désigné par le bénéficiaire. Cet entretien permettra au Notaire d'effectuer un audit patrimonial, d'accompagner et d'aider le bénéficiaire à se fixer et à atteindre ses objectifs dans ce domaine.

Nous prenons en charge cette consultation avec le Notaire à concurrence de 200 euros TTC.

## > 4.5 En cas de décès du Bénéficiaire, d'Hospitalisation de plus de 5 jours, d'Immobilisation au domicile de plus de 7 jours ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

### **4.5.1. ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE**

Sur votre demande du lundi au samedi de 8 heures à 19 heures hors jours fériés auprès de la plateforme de services, nous organisons votre mise en relation avec un prestataire de services à la personne bénéficiant d'un agrément susceptible de vous faire bénéficier d'avantages fiscaux. Pour ce faire, nous rechercherons les coordonnées de plusieurs prestataires proches de votre Domicile et vous les communiquerons. Le choix du prestataire vous appartient.

**Le coût de la prestation restera à votre charge.** Le prestataire que vous aurez sélectionné et avec lequel vous contracterez, est seul responsable de l'exécution de la prestation et de la remise du reçu fiscal. Peuvent bénéficier des avantages fiscaux les services suivants :

- Garde d'enfant,
- Soutien scolaire,
- Aide personnelle aux personnes dépendantes,
- Garde malade,
- Aide à la mobilité,
- Conduite du véhicule personnel,
- Accompagnement de personnes,
- Soins et promenade d'animaux,
- Entretien de la maison,
- Préparation de repas,
- Livraison de repas,
- Livraison de courses,
- Petits travaux de jardinage,
- Petit bricolage,
- Gardiennage et surveillance temporaire,
- Assistance linguistique aux personnes handicapées,
- Assistance informatique et internet,
- Assistance administrative.

## > 4.6 En cas de décès du Bénéficiaire ou d'Incapacité professionnelle du Bénéficiaire suite à maladie ou accident

### **4.6.1. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI POUR LE CONJOINT**

Afin de permettre au conjoint sans activité de reprendre au plus vite une activité professionnelle à la suite du décès ou de l'incapacité professionnelle du conjoint bénéficiaire, Nous aidons le conjoint dans ses démarches de recherche d'emploi.

L'objectif est de bâtir un plan d'actions qui sera validé au cours d'un entretien téléphonique avec un consultant spécialisé. Le service d'Aide au Retour à l'Emploi se déroule en 4 étapes :

# F - ASSISTANCE

## 1<sup>ère</sup> étape : la constitution d'un dossier

Nous Vous adressons un ensemble de documents, comportant :

- un questionnaire personnel à remplir par vos soins sur votre identité et votre adresse, le dernier emploi occupé, la date de licenciement,
- un manuel sur les techniques de recherche d'emploi, comprenant des informations et des conseils qui vous aideront à construire vos outils et à lancer vos démarches,
- un guide d'évaluation et d'orientation qui va Vous permettre d'identifier vos atouts pour le poste que Vous recherchez. Vous y trouverez des exercices sur votre expérience professionnelle, vos motivations et sur la façon de rédiger votre curriculum vitae.

Après l'avoir rempli, Vous devrez Nous en adresser un exemplaire afin de préparer votre entretien téléphonique.

## 2<sup>ème</sup> étape : l'entretien téléphonique avec un consultant

Nous fixerons alors avec Vous la date et l'heure de votre entretien téléphonique, pour valider avec Vous le plan d'action de votre recherche d'emploi.

Au jour et à l'heure fixée, le consultant, effectuera avec vous :

- une analyse de votre bilan de carrière et de votre projet professionnel, en mettant en évidence vos points forts et points faibles au plan professionnel (savoir-faire) et personnel (principaux traits de la personnalité, motivations),
- des conseils sur la rédaction de votre curriculum vitae et de votre lettre de motivation,
- des informations sur les moyens de sélection les plus fréquemment utilisés (graphologies, tests...),
- des recommandations concernant votre stratégie de recherche (cibles, canaux...) et sur les formations éventuelles,
- des informations sur la création d'entreprise.

## 3<sup>ème</sup> étape : la liste d'entreprises

Après avoir bâti votre projet, déterminé vos cibles et les moyens de les atteindre, Vous précisez au consultant le type d'entreprises que Vous souhaitez contacter en indiquant :

- l'activité de l'entreprise,
- la taille de l'entreprise,
- la proximité géographique...

Le consultant effectuera alors la recherche, éditera une liste d'entreprises (100 adresses maximum) et Vous l'enverra.

## 4<sup>ème</sup> étape : le suivi

Tous les 2 mois, et ce pendant une période d'un an, Nous Vous rappelons afin de faire, avec vous, le point sur votre recherche d'emploi et vous communiquer, le cas échéant, quelques conseils complémentaires.

## > 4.7 En cas d'Incapacité professionnelle du Bénéficiaire suite à maladie ou accident

En cas d'incapacité professionnelle du bénéficiaire suite à maladie ou accident entraînant une incapacité à reprendre son activité dans des conditions identiques à celles précédemment occupées, nous vous mettons en relation, du lundi au vendredi de 9 h 00 à 17 h 00 (hors jours fériés), avec un organisme spécialisé dans l'accession et le retour à l'emploi.

### Objectifs visés

- Permettre à la personne en situation de rupture au regard de sa vie familiale, sociale et professionnelle d'avoir accès à l'information relative aux droits ouverts aux bénéficiaires de l'article L 323-3 du Code du travail.
- Faciliter les démarches à mettre en oeuvre en vue d'un retour à l'emploi ou d'un processus de maintien dans l'emploi.
- Conseiller sur les dispositifs spécifiques aux personnes en situation de handicap pouvant être mobilisables.

### Modalités

La prestation se décline sur deux plans complémentaires :

#### La vie personnelle

- Repérage avec la personne de sa représentation des progrès réalisés en terme d'acquisition d'autonomie en rééducation, dans les actes de la vie quotidienne.
- Évaluation de la capacité de la personne à reconstruire ou développer des liens avec son environnement social.
- Analyse du besoin d'un schéma directeur d'accompagnement dans la vie quotidienne.
- Identification de la plus-value des droits liés à la reconnaissance du handicap et aux autres prestations de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

#### La vie professionnelle

- Identification des contraintes et des opportunités liées à la situation professionnelle, antérieure à la rupture du fait de la maladie, de l'accident ou du handicap.
- Analyse de la faisabilité d'une reprise d'activité au sein de son entreprise.
- Évaluation de la pertinence d'une démarche de maintien dans l'emploi dans l'entreprise Conseil sur les démarches à envisager vis-à-vis de l'employeur Assistance administrative à la constitution d'un dossier MDPH, AGEFIPH / Fonds secteur Public, Sécurité sociale.
- Suivi des démarches engagées et des mises en relation.

### Prestation individualisée de mobilisation précoce

#### Cadre de l'action

L'action est proposée à l'issue de la prestation d'information et d'analyse préalable à la mise en œuvre d'un parcours de retour à l'emploi. Elle est mise à la disposition des personnes en situation de handicap ou de maladie ne laissant pas présager un retour à court terme à l'emploi. Cette action peut s'inscrire en parallèle d'une prise en charge thérapeutique de réadaptation ou de convalescence.

Elle vise à inscrire la personne dans une perspective de retour à la vie active et donc de prévenir la démobilité et le risque d'une désinsertion professionnelle durable, en intervenant précocement en amont des offres de services proposées par l'ANPE, par le réseau de placement spécialisé Cap emploi, ou les « axes maintien dans l'emploi » pour les personnes présentant un risque d'incapacité à leur poste de travail.

#### Objectifs visés

- Mobiliser la personne sur une démarche de projets (rendre capable de se projeter dans un nouveau devenir).
- Accompagner la personne à se projeter en s'appuyant sur la construction d'un référentiel de compétences.
- Identifier avec la personne les écarts entre les prés requis posés par les projets envisagés et les réelles capacités mobilisables.
- Proposer à la personne un matériel nécessaire à l'élaboration d'un projet professionnel réaliste au regard de ses compétences, de son potentiel et des attentes des entreprises.
- Coordonner les démarches de la personne avec l'ensemble des dispositifs existants dans l'objectif de la mobiliser pour son maintien dans l'emploi ou son reclassement.

#### Modalités

- Bilan d'évaluation diagnostic approfondi et utilisation des bilans exploratoires (fonctionnels, ergo-thérapeutiques, neuropsychologiques, ...).
- Entretiens individuels avec un conseiller en reclassement professionnel.
- Évaluation partagée du projet avec l'équipe soignante.
- Ateliers collectifs à thèmes.
- Supports pédagogiques spécifiques (plateaux techniques des Centres de Rééducation Professionnelles, mises en situation professionnelle, ...).
- Médiation avec l'entreprise (DRH, Médecin du travail, assistante sociale).
- Préparation avec l'employeur de la mise en œuvre de la procédure de maintien en emploi (collaboration recherchée avec les opérateurs départementaux en charge du maintien dans l'emploi).
- Organisation des relais d'aide et de soutien au placement (Cap emploi).

# F - ASSISTANCE

## > 4.8 En cas de besoin

### 4.8.1. CONSEIL SOCIAL

Notre service accompagnement social a pour vocation d'apporter, par téléphone, une assistance technique aux personnes qui rencontrent des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire.

Vous pouvez contacter par téléphone nos assistantes sociales qui se tiennent à votre disposition du lundi au vendredi de 9 h 00 à 17 h 00 pour :

- écouter,
- analyser la demande,
- informer, orienter,
- conseiller, Faciliter les démarches administratives,
- aider à la résolution des difficultés exposées.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Selon les cas, Nous Vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de Vous répondre.

### 4.8.2. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'auto-riseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien appartient à Vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

### 4.8.3. INFORMATION CONSEIL

Sur simple appel téléphonique, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- famille, mariage, divorce, succession,
- habitation, logement,
- justice,
- travail,
- impôts, fiscalité,
- assurances sociales, Allocations, retraites,
- consommation, vie privée,
- formalités, cartes,
- la législation routière (les contraventions, les procès verbaux...),
- le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- enseignement, formation,
- voyages, loisirs,
- assurances, responsabilité civile,
- services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduit pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

## 5. Dispositions générales

### > 5.1. Exclusions

#### 5.1.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES PRESTATIONS

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule.
- aux sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

#### 5.1.2. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions Générales figurant au chapitre 5.1.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les Maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation

## F - ASSISTANCE

**ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,**

- **les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,**
- **les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,**
- **les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,**
- **les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),**
- **les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant**
- **les cures thermales et les frais en découlant,**
- **les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,**
- **les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,**
- **les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),**
- **les vaccins et frais de vaccination,**
- **les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,**
- **les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,**
- **les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,**
- **les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,**
- **les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,**
- **les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,**
- **les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, - les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,**
- **les frais d'annulation de voyage,**
- **les frais de secours hors piste de ski,**

### > 5.2 Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'OMS ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),

- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention),
- refus du transporteur de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) opposé à une personne atteinte de certaines pathologies ou à une femme enceinte.

### > 5.3 Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre de ses prestations d'assistance, est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que nous avons engagés en exécution du présent contrat.

### > 5.4 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement 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 la 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. »

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 sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances :

« Par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

### > 5.5 Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations d'assistance prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

### > 5.6 Réclamations - Litiges

En cas de réclamation ou de litige, Vous pourrez vous adresser au Service Remontées Clients d'Europ Assistance - 1 promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex.

Si le délai de traitement doit excéder les dix jours ouvrés, une lettre d'attente Vous sera adressée dans ce délai. Une réponse écrite à la réclamation sera transmise dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation initiale.

## > 5.7 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est :

l'Autorité de Contrôle Prudentiel  
et de Résolution (ACPR)  
61 rue Taitbout  
75436 Paris CEDEX 09.

## > 5.8 Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE - 1 promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE FRANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel Vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations Vous concernant en écrivant à :

Europ Assistance France  
Service Remontées Clients  
1 promenade de la Bonnette  
92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations Vous concernant est réalisé en dehors de l'Union Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.











**Generali Vie**

Société anonyme au capital de 299 197 104 euros - Entreprise régie par le Code des assurances

602 062 481 RCS Paris

Siège social - 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé  
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026