Solutions AXA pour les entreprises Prévoyance

Conditions générales Prévoyance Entreprise

POUR L'ENTREPRISE
HIGHSKILL

Votre contrat n° 284018611

OFFRE CITOYENNE

PRÉAMBULE

Votre contrat est constitué des documents suivants :

- Les Conditions générales
  Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et des garanties prévoyance ; elles précisent la liste des documents nécessaires au règlement de nos prestations.
- Les Conditions particulières
  Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut un contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « vous » ;
- l'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous » ;
- le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels vous avez conclu ce contrat Prévoyance ; il est défini aux **Conditions particulières** ;
- l'assuré est le salarié du groupe assuré ;
- le bénéficiaire est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit l'*assuré*, soit une autre personne, soit le souscripteur.

Les mots en italique figurant dans ces Conditions générales ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre "Définitions".

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article	
1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT	**4**	1.1.	Votre contrat
	4	1.2.	La durée de votre contrat
	4	1.3.	La révision de votre contrat
	5	1.4.	Les cotisations
	5	1.5.	Ce que vous devez nous déclarer
	6	1.6.	La compensation des opérations liées à votre contrat
	6	1.7.	La remise de la notice d'information aux assurés
	6	1.8.	Les réclamations
	7	1.9.	La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	8	1.10.	La prescription
	9	1.11.	Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	9	1.12.	Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASSURÉS	**10**	2.1.	L'adhésion au contrat
	10	2.2.	La durée des garanties
3. LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	**12**	3.1.	La base de calcul des prestations
	12	3.2.	La revalorisation des prestations
	12	3.3.	Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès
	13	3.4.	Les exclusions
	13	3.5.	L'expertise médicale
	14	3.6.	Le règlement de nos prestations
4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE	**15**	4.1.	En cas de décès
	17	4.2.	En cas de décès accidentel
	19	4.3.	En cas d'arrêt de travail
5. LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DONT BÉNÉFICIENT VOS SALARIÉS	**24**	5.1.	Les services complémentaires dans le cadre de la garantie Décès accidentel
	24	5.2.	Les services complémentaires en cas d'arrêt de travail
	25	5.3.	La mise en œuvre des services complémentaires
6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT BENEFICIENT VOS SALARIÉS	**27**	6.1.	Le maintien des garanties en cas de décès aux assurés en arrêt de travail
	27	6.2.	Le maintien des garanties en cas de décès accidentel aux assurés en arrêt de travail
	28	6.3.	Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail
7. DÉFINITIONS	**30**		

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

1.1. Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire qui nous engage, **vous** le souscripteur et **nous**, l'assureur. Nous sommes conjointement désignés dans vos **Conditions particulières**.
Ce contrat est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.
Votre contrat a pour objet de fournir les prestations décrites dans les pages suivantes, lorsque le risque correspondant aux garanties que vous avez souscrites, se réalise entre leurs dates de début et de fin de garantie.

1.2. La durée de votre contrat

1.2.1. La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée dans vos **Conditions particulières**. Ce dernier est en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit au 1er janvier par accord tacite.

1.2.2. La résiliation

Vous, comme nous, pouvons résilier le présent contrat.

1.2.2.1. À votre initiative

Vous pouvez résilier votre contrat en nous adressant une notification au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle de son renouvellement.
La demande de résiliation peut nous être notifiée conformément à l'article L113-14 du Code des assurances :

- par lettre envoyée par courrier postal simple ou recommandé. Cette lettre doit être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que votre contrat cesse au 31 décembre à minuit, le cachet de la poste faisant foi ;
- par voie électronique selon les modalités précisées sur notre site internet axa.fr.

À réception de votre notification, une confirmation écrite vous sera adressée.

1.2.2.2. À notre initiative

Nous pouvons résilier le contrat par lettre recommandée adressée au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle de son renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

1.3. La révision de votre contrat

1.3.1. La révision du contrat d'un commun accord entre les parties

Le présent contrat peut être révisé d'un commun accord. Dans ce cas, le contrat sera révisé par avenant. Les nouvelles dispositions s'appliqueront à compter de la date de prise d'effet de cet avenant.

1.3.2. La révision du contrat à la suite de l'entrée en vigueur d'une disposition législative ou réglementaire

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat.
Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.
Si nous n'arrivions pas à un accord sur cette révision, chacun d'entre nous pourra mettre fin à ce contrat sans attendre son échéance annuelle de renouvellement, à la fin du trimestre civil qui suit :

- la date d'envoi de votre notification de résiliation par lettre simple ou recommandée, le cachet de la poste faisant foi ;
- la date d'envoi de notre notification par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

1.4. Les cotisations

1.4.1. La base de calcul des cotisations

Elle permet de définir le montant des cotisations que vous nous versez.

Elle correspond, pour l'année d'assurance considérée, aux salaires bruts des assurés que vous avez déclarés à l'administration fiscale en vue de leur imposition sur le revenu.
Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stocks options et ceux versés lors de la rupture du contrat de travail n'entrent pas dans la base de calcul.

Elle inclut tous les salaires, même partiels que vous versez, que les assurés soient ou non en arrêt de travail pour maladie ou *accident*, ou qu'il soit ou non en congé pour *accueil de l'enfant* ou *deuil de l'enfant*.
Pour le congé parental d'éducation, la base de la cotisation est le salaire annuel brut afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé, au 1er janvier et au 1er juillet de chaque exercice, en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré.
Selon la mention qui en est faite aux **Conditions particulières**, la base de calcul des cotisations prend en compte une ou plusieurs *tranches de salaire*.

1.4.2. Le montant de vos cotisations

Les taux de cotisation sont fixés aux **Conditions particulières** en pourcentage de la base de calcul des cotisations.
Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujetti, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.
Pour les assurés admis au contrat alors qu'ils se trouvaient en arrêt de travail à sa date d'effet, l'application de la garantie prévue à l'article « Le maintien des garanties en cas de décès aux assurés en arrêt de travail » pourra faire l'objet d'un appel de prime complémentaire. Dans ce cas, nous établirons un avenant à votre contrat.

1.4.3. Les modalités de règlement de vos cotisations

1.4.3.1. Le règlement de vos cotisations

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique à l'échéance du trimestre civil. Une autorisation de prélèvement permanent devra être signée au préalable et nous être retournée afin de finaliser la souscription.
Les *Déclarations Sociales Nominatives* (DSN) doivent être alimentées au niveau du bloc paiement, avec une demande de prélèvements.
À réception de la *DSN*, nous intégrons les montants communiqués.
À la fin du trimestre échu, un envoi d'avis de prélèvement vous est envoyé. Il précise ses montant et date. Ce montant est ensuite prélevé sur le compte de votre entreprise. En cas de régularisation de la *DSN*, un solde pourra être réclamé.

1.4.3.2. En cas de non-règlement de vos cotisations

Vous êtes seul responsable du règlement des cotisations pour les assurés. S'il ne nous parvient pas dans les 15 premiers jours suivant l'échéance du trimestre garanti, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L113-3 du Code des assurances) :

- La suspension de votre garantie 30 jours après son envoi ;
- La résiliation de votre contrat, sans autre avis, 10 jours plus tard, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Le règlement complet de votre cotisation doit nous parvenir avant l'expiration du délai de 40 jours. À défaut, le contrat sera résilié.

1.5. Ce que vous devez nous déclarer

La *DSN* est le mode de déclaration de l'entreprise, celle-ci s'effectuant sur le site habituel des déclarations sociales obligatoires ou via votre système de paie.

1.5.1. À la mise en place du contrat

Vous nous fournissez :

- la liste nominative des salariés concernés en arrêt de travail. Y seront précisés leurs dates de naissance, leur situation de famille, la date de leur arrêt de travail, ainsi que les salaires qu'ils auront perçus au cours des 12 derniers mois précédant leur arrêt de travail ;
- la liste nominative des anciens salariés bénéficiant d'un maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail au titre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Y seront précisés leur date de naissance, leur situation de famille ainsi que la date de la cessation de leur contrat de travail ;
- les questionnaires de santé ;
- un RIB de votre entreprise et le mandat SEPA pour le prélèvement des cotisations.

1.5.2. En cours de contrat

Vous nous fournissez chaque année, la liste des assurés en arrêt de travail au 30 octobre et dont le contrat de travail est rompu, lorsque la garantie arrêt de travail n'est pas souscrite dans le cadre de votre contrat. Cette liste est définie au paragraphe « Le maintien sans garantie en cas d'arrêt de travail » de l'article « Les maintiens des garanties en cas de décès aux assurés en arrêt de travail » et devra nous parvenir avant le 1er décembre.

La liste nominative des assurés, leurs sexes, leurs dates de naissance, leurs dates de départ ou d'arrivée dans l'entreprise, les salaires et primes servant de base au calcul des cotisations, leurs dates d'arrêt de travail nous sont transmis grâce à l'envoi des *DSN*.

Vous devrez nous déclarer les événements de toute nature qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur à la souscription du contrat.
Vous vous engagez également à nous informer sans délai de toute mesure de licenciement collectif touchant au moins 5 % de l'effectif dans une période de 3 mois.

1.5.3. En cas de déplacement professionnel d'un assuré dans un pays en guerre civile ou étrangère

Avant son départ, vous nous déclarez impérativement le déplacement de l'assuré ; nous nous prononçons alors sur les conditions d'application de ses garanties.

1.6. La compensation des opérations liées à votre contrat

Les résultats des opérations d'assurance découlant de votre contrat sont établis en commun avec ceux des contrats de même nature souscrits auprès de l'assureur.

1.7. La remise de la notice d'information aux assurés

Vous êtes légalement tenu :

- de remettre aux assurés un exemplaire de la *notice d'information* que nous vous fournissons. Y sont précisées la ou les garanties que vous avez souscrites et les modalités d'application qui en découlent pour les assurés ;
- d'informer ces assurés des éventuelles modifications apportées au contrat.

En cas de litige, il vous incombe d'apporter la preuve que vous avez remis cette *notice d'information* et que vous avez communiqué les éventuelles modifications aux assurés.

1.8. Les réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur

votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur **axa.fr** ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante :
  AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.
Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisie du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- Dans un délai de 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par **e-mail** sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

L'intervention du Médiateur est gratuite.
Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.
Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de le suivre ou non.
Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

1.9. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel

Le souscripteur est informé et informera chaque assuré de l'utilisation de leurs données dans les conditions qui suivent, lesquelles seront reproduites dans la *notice d'information* :
L'assureur fait usage de ces données dans le cadre de ses activités de passation, de gestion (y compris commerciale) et d'exécution du contrat d'assurance ou de celles d'autres contrats souscrits auprès de lui, comme auprès d'autres sociétés du groupe auquel l'assureur appartient.
L'assureur est également susceptible d'utiliser ces données dans le cadre d'un contentieux, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ou de la mise en conformité à une réglementation applicable. L'assureur se réserve également le droit de procéder à l'analyse de tout ou partie de ces données collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis de l'assureur, pour permettre d'améliorer les produits (recherche et développement), d'évaluer la situation d'un assuré, de la prédire (scores d'appétence) et de personnaliser son parcours en tant qu'assuré.
Les données relatives à la santé des assurés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Les destinataires des informations ainsi recueillies seront uniquement les sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités, dès lors que ces informations seront nécessaires à la réalisation de leurs opérations.

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

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

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité des données le concernant, ainsi que définir des directives relatives au sort de ces informations après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Si l'assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, à tout moment il peut la retirer sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance. L'assuré peut écrire au délégué à la protection des données pour exercer ses droits :

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

En cas de réclamation, il peut choisir de saisir la CNIL.
Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

1.10. La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à 10 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.
Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil) ;**
- **la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;**
- **l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) ;**
- **l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;**
- **le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription**

à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil) ;

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

Conformément à l'article L114-3 du Code des 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.

1.11. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

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

1.12. Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré salarié.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASSURÉS

2.1. L'adhésion au contrat

2.1.1. Les conditions d'adhésion

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'adhésion est obligatoire pour vos salariés répondant à l'ensemble des critères suivants :

- appartenir au groupe assuré ;
- être affiliés à un régime obligatoire de la *Sécurité sociale* ;
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, avec ou sans indemnisation du souscripteur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant*, *deuil de l'enfant*, congé parental d'éducation ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat.

Pour les autres cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation du souscripteur, les salariés concernés peuvent demander à conserver le bénéfice des garanties décès (capital décès et rente éducation) sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

Les mandataires sociaux, peuvent bénéficier du contrat, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la *Sécurité sociale* et du Code du commerce, s'ils répondent à l'ensemble des critères suivants :

- ils cumulent un contrat de travail avec leur mandat ou sont assimilés salariés au sens du Code de la *Sécurité sociale ;*
- ils appartiennent au groupe assuré.

Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

2.1.2. Les formalités médicales préalables

L'octroi de nos garanties dépend de l'accomplissement des formalités suivantes :

2.1.2.1. À la date d'effet du contrat

Notre accord pour assurer le groupe est soumis à la production d'un questionnaire de santé pour chacun des salariés lorsque l'effectif du groupe est inférieur à 6 salariés.
Nous pouvons demander toute information médicale complémentaire ou tout examen médical qui sera réglé par nos soins.
Suivant les conclusions de notre médecin-conseil, nous pouvons :

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

2.1.2.2. En cours de contrat

Tout nouveau salarié entrant dans le groupe assuré est également soumis à ces formalités médicales lorsque l'effectif du groupe assuré reste inférieur à 6 salariés.
Après examen du dossier du nouvel entrant, nous pouvons :

- continuer d'assurer le groupe aux conditions en vigueur ;
- continuer d'assurer le groupe en adaptant les conditions d'assurance qui s'appliquent alors à tous les *assurés*. Dans ce cas, si vous refusez notre proposition ou n'y donnez pas suite dans les 30 jours, nous pouvons résilier votre contrat au terme de ce délai (article L113-4 du Code des assurances) ;
- refuser d'assurer le groupe. La résiliation prend effet 10 jours après l'envoi de notre notification (article L113-4 du Code des assurances).

2.2. La durée des garanties

2.2.1. Le début des garanties

L'assuré bénéficie de nos garanties :
- dès la date d'effet du contrat quand il est déjà membre du groupe ;
- à la date de son entrée dans le groupe assuré lorsqu'il en devient membre après la date d'effet du contrat.

Pour les salariés en arrêt de travail pour maladie ou *accident* à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans le groupe assuré, les garanties en cas d'arrêt de travail, si elles ont été souscrites, n'entrent en vigueur qu'à la date de reprise effective du travail.

2.2.2. La fin des garanties

L'assuré cesse de bénéficier de nos garanties dès :
- qu'il sort du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite) ;
- que son contrat de travail est rompu, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont bénéficient vos salariés » ;
- l'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) sauf s'il bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite ;
- la résiliation de ce contrat, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont bénéficient vos salariés ».

2.2.3. Les garanties proposées après la résiliation du contrat

Lorsque votre contrat est résilié et qu'il n'est pas remplacé, les salariés, assurés à la date de résiliation au titre dudit contrat, qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire une assurance individuelle, sous réserve de notre accord. Lorsque le niveau des garanties ne dépasse pas celui de votre contrat, nous les garantissons sans période probatoire ni questionnaire médical.
Ces salariés disposent de **60 jours** après la date de résiliation pour nous en faire la demande.

3. LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

3.1. La base de calcul des prestations

Elle nous permet de déterminer le montant des prestations que nous servons.

Elle correspond à la base de calcul des cotisations relative aux 12 mois civils précédant la date à laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à la prestation. Selon la mention qui en est faite aux **Conditions particulières**, la base de calcul des prestations prend en compte une ou plusieurs tranches de salaire. Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stocks options et ceux versés lors de la rupture du contrat de travail n'entrent pas dans la base de calcul .
Toutefois si l'assuré se trouvait en arrêt de travail au moment de son décès et percevait à ce titre des prestations de la *Sécurité sociale*, les 12 mois retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.
Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'effet du contrat et la date de l'événement, la base de calcul des prestations est égale au montant des salaires des 12 derniers mois civils précédant l'événement.
Lorsque l'assuré dispose d'un contrat de travail qui a moins de 12 mois, nous rétablissons la base de calcul des prestations sur une base annuelle.
Si, en raison de la suspension du contrat de travail, avec ou sans indemnisation du souscripteur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant* ou *deuil de l'enfant*, le salaire de l'assuré a été réduit ou supprimé au cours des 12 mois précédant l'événement, nous prenons en compte le salaire qu'il aurait perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail. Pour le congé parental d'éducation, la base de calcul des prestations est le salaire annuel brut afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé, au 1er janvier et au 1er juillet de chaque exercice, en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire du congé entre la date du sinistre et le début du congé.

3.2. La revalorisation des prestations

3.2.1. La revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque 1er janvier et 1er juillet, en fonction de l'évolution du salaire minimum conventionnel de l'assuré.
Après la résiliation de votre contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et nous maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.
Afin d'assurer la revalorisation des prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. Il est alimenté par une fraction des cotisations relatives aux garanties concernées. À la fin de chaque année, nous prélevons sur ce fonds, et dans la limite de son montant, les sommes à provisionner nécessaires à la poursuite du paiement de la revalorisation octroyée dans l'année.
En cas d'insuffisance de ce fonds, la revalorisation octroyée dans l'exercice est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

3.2.2. La revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux ou allocations obsèques que nous servons en cas de décès sont revalorisés à compter du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

3.3. Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation choisi par l'assuré :
Pour le versement du capital en cas de décès, nous considérons que l'assuré est décédé le dernier, si un même événement occasionne à la fois le décès de l'assuré et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

3.3.1. La désignation type des bénéficiaires

Si aucune mention particulière n'est faite par l'assuré, nous versons le capital :
- à son *conjoint* non séparé judiciairement ;
- à défaut, à son *partenaire* ou à son *concubin* notoire ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés et à ceux de son *conjoint* si l'assuré en avait la charge ;
- à défaut, par parts égales, à ses parents ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'une *personne à charge* donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée par parts égales :
- au *conjoint*, au *partenaire* ou au *concubin* notoire, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le *conjoint* ou le *partenaire* ou le *concubin* notoire, parent de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

3.3.2. La désignation particulière des bénéficiaires

L'assuré peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Il peut alors nous informer, par écrit, de sa désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil.
L'assuré a également la possibilité de renseigner en ligne et en toute confidentialité « la clause bénéficiaire pour le versement du capital décès », directement sur le site **quijeprotege.fr**, mis à sa disposition à cet effet par notre prestataire pour faciliter cette démarche. Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour permettre à l'assuré de bénéficier à tout moment du meilleur service. L'assuré sera informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.
Lorsque la présence d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Cette disposition s'applique sauf si l'assuré a clairement manifesté sa volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :
- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant l'assuré ;
- ou si l'assuré et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil (notamment en cas de naissance de votre premier enfant postérieure à votre désignation particulière).

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

3.4. Les exclusions

Les risques souscrits dans le cadre du contrat d'assurance ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites aux paragraphes spécifiques à chacune des garanties.

3.5. L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de *PTIA* de l'assuré. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.
Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de refuser sa prestation dès lors que l'expertise médicale conclut que l'assuré n'est plus dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.
Ces conclusions s'imposent à l'assuré sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la *Sécurité sociale* ou de tout organisme.
Le refus d'un assuré de se soumettre à l'expertise médicale entraine la cessation de ses prestations. Si l'assuré conteste les conclusions de notre médecin, il peut demander la désignation d'un tiers expert, en accord avec notre médecin et éventuellement le médecin de son choix. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin.
Les honoraires du médecin tiers expert sont partagés par parts égales.

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

3.6. Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par votre contrat se réalise. Nous vous fournissons alors un formulaire de déclaration que vous devez nous retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué aux **Conditions particulières**.

Les bénéficiaires et vous, devez nous fournir les documents nécessaires au règlement. Ceux-ci figurent aux paragraphes « Les documents nécessaires au règlement des prestations » spécifiques à chacune des garanties.

Nous pouvons demander, si besoin, toute autre pièce et, notamment, la preuve de leur qualité de bénéficiaire.

Par ailleurs, les garanties décès accidentel et arrêt de travail incluent des services complémentaires décrits au chapitre « Les services complémentaires dont bénéficient vos salariés ». Ces services ne peuvent pas être souscrits indépendamment de chacune de ces garanties. Leur organisation est indépendante du règlement des capitaux, des indemnités journalières et des rentes.

4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE

Les garanties souscrites et leurs montants sont précisés aux Conditions particulières.

4.1. En cas de décès

4.1.1. La garantie décès en capital

4.1.1.1. Le montant du capital

Ce montant peut varier en fonction de la situation de famille de l'assuré.

4.1.1.2. Le versement par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Pour bénéficier du versement anticipé du capital décès, l'assuré doit nous demander de reconnaître sa *PTIA*.
Pour bénéficier de notre prestation, il doit en outre :

- être classé en 3e catégorie d'invalidité par la *Sécurité sociale* ;
- ou s'être vu attribué un taux d'incapacité permanente d'au moins 66 % au titre de la législation sur les *accidents* du travail et les maladies professionnelles.

Pour déterminer le montant du capital à verser, nous prenons en compte la situation de famille le cas échéant à la date de la reconnaissance de la *PTIA*. Le capital est versé à l'assuré ou à son représentant légal.
Le montant de ce capital sera au moins égal au montant prévu à la garantie décès en capital.
Le versement de ce capital met fin à la garantie décès en capital.

4.1.1.3. Le versement d'une prestation supplémentaire lorsque le conjoint décède après l'assuré

Cette prestation s'applique en complément de la garantie décrite précédemment si le *conjoint*, qui ne s'est pas remarié et qui n'a pas conclu un pacte civil de solidarité, décède après l'assuré, alors que ce contrat est en vigueur. La notion de *conjoint* est définie au tableau de garanties des **Conditions particulières**.
Le décès du *conjoint* doit être simultané à celui de l'assuré du fait d'un même évènement, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, ou survenir dans un délai de 12 mois suivant celui de l'assuré.
Les bénéficiaires de cette prestation sont les *enfants à charge* de l'assuré et qui sont toujours à la charge de son *conjoint* au jour de son décès.
Cette prestation prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les bénéficiaires.
Il est versé au bénéficiaire, ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

4.1.2. La garantie rente éducation

4.1.2.1. La rente temporaire d'éducation

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à chaque *enfant à charge* de l'assuré décédé ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Les conditions requises pour être considéré comme *enfant à charge* doivent être remplies au moment du décès de l'assuré.
Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque *enfant à charge*.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès de l'assuré ;
- une cessation de la rente le jour où l'enfant n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu aux **Conditions particulières** ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.3. Les exclusions

EXCLUSIONS
Sont exclus le décès et la *PTIA* résultant :

- **d'un suicide ou tentative de suicide de l'assuré au cours de la 1re année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé;**
- **d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;**
- **de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis;**
- **d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription.**

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.
Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

4.1.4. Les documents nécessaires au règlement des prestations

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS(1) (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	EN CAS DE DÉCÈS	EN CAS DE PTIA
Acte de décès de l'assuré	X	
Acte de décès du *conjoint* de l'assuré	X	
Acte de décès de l'enfant de l'assuré	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)	X	
Demande écrite de l'assuré ou de son représentant légal		X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la PTIA (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3e catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne		X
Coordonnées du notaire chargé de la succession	X	
Acte de notoriété indiquant la dévolution successorale	X	
Copie de chacune des pages du ou des livret(s) de famille	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré datant de moins de 3 mois	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire datant de moins de 3 mois	X	X(2)
Acte de décès du premier parent le cas échéant	X	
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité de chaque bénéficiaire (ou de son représentant légal)	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition sur le revenu de l'assuré	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition du *conjoint*, du *partenaire* ou du *concubin*	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de la personne recevant la pension alimentaire (si l'assuré n'avait pas la garde des enfants)(4)	X	X

Attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande(4)	X	X
Copie du récépissé de l'enregistrement de la déclaration conjointe des partenaires du Pacte civil de solidarité le cas échéant	X	X
Attestation de la Caisse de retraite AGIRC-ARRCO indiquant si le conjoint perçoit la pension de réversion(5)	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle(3)(4)	X	X
Certificat de scolarité de l'année en cours(3)(4)	X	X
Copie du contrat de formation en alternance(4)	X	X
Attestation du paiement des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)(4)	X	X
Attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de Sécurité sociale de chaque bénéficiaire(2)	X	X
Attestation de l'employeur indiquant que l'assuré a cotisé au contrat prévoyance jusqu'au jour de son décès	X	X
Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant l'événement	X	X
Si l'évènement est consécutif à un arrêt de travail : - Attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt au jour de l'évènement (précisant la date d'arrêt de travail initial)	X	X
- Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant la date de l'arrêt de travail	X	X
Relevé d'identité bancaire de chaque bénéficiaire (hors compte d'épargne)	X	X

(1) À la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 30 jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(2) Documents à remettre à la constitution du dossier pour chaque personne percevant une rente éducation et/ou de conjoint.

(3) Documents à remettre annuellement si la garantie rente éducation est souscrite.

(4) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'assuré.

(5) Documents à remettre si la garantie rente de conjoint est souscrite.

4.2. En cas de décès accidentel

4.2.1. La garantie décès consécutif à un accident

4.2.1.1. Le montant du capital

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire aux bénéficiaires, tels que définis à l'article « Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès », lorsque le décès de l'assuré est causé par un *accident*.

Le décès de l'assuré doit survenir dans les 12 mois civils suivant l'*accident*. La preuve du caractère accidentel incombe au(x) bénéficiaire(s).

4.2.1.2. Le versement par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Cette garantie prévoit le versement d'un capital par anticipation lorsque la *PTIA* de l'assuré est causée par un *accident*. Pour bénéficier de ce versement anticipé, l'assuré doit nous demander de reconnaître sa *PTIA*. Elle doit survenir dans les 12 mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe au(x) bénéficiaire(s).
Pour bénéficier de notre prestation, il doit en outre :

- être classé en 3e catégorie d'invalidité par la *Sécurité sociale* ou s'être vu attribué un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les *accidents* du travail et les maladies professionnelles ;
- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

Pour déterminer le montant du capital à verser, nous prenons en compte la situation de famille le cas échéant à la date de la reconnaissance de la *PTIA*. Le capital est versé à l'assuré ou à son représentant légal.

Le montant de ce capital sera au moins égal au montant prévu à la garantie décès accidentel en capital.

Le versement de ce capital met fin à la garantie décès accidentel en capital.

4.2.2. Les exclusions

EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la *PTIA* résultant :

- **d'un suicide ou tentative de suicide de l'assuré au cours de la 1re année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé;**
- **d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;**
- **de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis;**
- **d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription.**

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.
Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

De plus, sont exclus le décès et la *PTIA* occasionnés par un *accident* résultant :

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

Enfin, sont exclus le décès et la *PTIA* occasionnés par l'assuré :

- **si l'assuré en tant que conducteur est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident ;**
- **si l'assuré en tant que conducteur est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;**

ainsi que les accidents résultant :

- **d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;**
- **de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.**

4.2.3. Les documents nécessaires au règlement des prestations

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS(1) (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	EN CAS DE DÉCÈS	EN CAS DE PTIA
Acte de décès de l'assuré	X	

Acte de décès du *conjoint* de l'assuré	X	
Acte de décès de l'enfant de l'assuré	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)	X	
Demande écrite de l'assuré ou de son représentant légal		X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la PTIA (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X
Coordonnées du notaire chargé de la succession	X	
Acte de notoriété indiquant la dévolution successorale	X	
Copie de chacune des pages du ou des livret(s) de famille	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré datant de moins de 3 mois	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire datant de moins de 3 mois	X	X
Acte de décès du premier parent le cas échéant	X	
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité de chaque bénéficiaire (ou de son représentant légal)	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition sur le revenu de l'assuré	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition du *conjoint*, du *partenaire* ou du *concubin*	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de la personne recevant la pension alimentaire (si l'assuré n'avait pas la garde des enfants)(4)	X	X
Attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande(4)	X	X
Copie du récépissé de l'enregistrement de la déclaration conjointe des partenaires du Pacte civil de solidarité le cas échéant	X	X
Attestation de la Caisse de retraite AGIRC-ARRCO indiquant si le conjoint perçoit la pension de réversion(5)	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle(4)	X	X
Certificat de scolarité de l'année en cours(4)	X	X
Copie du contrat de formation en alternance(4)	X	X
Attestation du paiement des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)(4)	X	X
Attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de Sécurité sociale de chaque bénéficiaire	X	X
Attestation de l'employeur indiquant que l'assuré a cotisé au contrat prévoyance jusqu'au jour de son décès	X	X
Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant l'événement	X	X
Si l'évènement est consécutif à un arrêt de travail : - Attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt au jour de l'évènement (précisant la date d'arrêt de travail initial)	X	X
- Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant la date de l'arrêt de travail	X	X
Relevé d'identité bancaire de chaque bénéficiaire (hors compte d'épargne)	X	X

(1) À la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 30 jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(4) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'assuré.

(5) Documents à remettre si la garantie rente de conjoint est souscrite.

4.3. En cas d'arrêt de travail

Lorsqu'un assuré est dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle ou en invalidité permanente, cette

garantie prévoit le versement de prestations périodiques, respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes.
Ces prestations sont versées lorsque l'arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.
Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation de l'assuré pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).
Notre engagement porte à tout moment sur les prestations calculées à la date d'arrêt de travail, puis postérieurement lors des éventuels changements de situation de l'assuré (tels que reprise partielle d'activité, rupture du contrat de travail, passage en invalidité, changement de catégorie d'invalidité...) et après revalorisation, selon les dispositions contractuelles.
Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi calculées, mais affectent le montant net à régler à l'assuré.

4.3.1. La garantie incapacité temporaire de travail

L'assuré est en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons qu'il est dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie ou d'un *accident*.
En outre, il doit percevoir, au titre de cette incapacité, des indemnités journalières de la *Sécurité sociale* dans le cadre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.
Nous versons une indemnité journalière complétant la prestation journalière versée par la *Sécurité sociale*.
Nous ne versons aucune prestation pendant les congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant* indemnisés par la *Sécurité sociale* au titre de l'assurance maternité.
Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt de travail appelée franchise et indiquée au tableau de garanties des **Conditions particulières**. La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail.
Nous incluons dans le calcul de la franchise les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la *Sécurité sociale*, mais nous ne tenons pas compte de la durée des congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant*.
Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part et sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à 60 jours continus. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation du contrat, il ne donne pas lieu à indemnisation.

4.3.2. L'indemnité journalière

4.3.2.1. Le montant de l'indemnité journalière

Il est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365.
Si l'assuré est autorisé à exercer une activité partielle et que la *Sécurité sociale* poursuit son indemnisation, le montant de notre prestation est limité à la différence entre :

- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisée selon l'évolution du salaire minimum conventionnel ;

et

- le cumul des indemnités versées par la *Sécurité sociale* et du salaire que vous versez à votre salarié au titre de son activité partielle ou des indemnités payées par Pôle emploi.

En cas de rupture du contrat de travail, *l*e cumul de nos prestations et de celles de la *Sécurité sociale* est limité au salaire net imposable de l'assuré.

4.3.2.2. Les modalités de versement de l'indemnité

Nous cessons le versement de nos prestations:

- quand prennent fin les indemnités journalières de la *Sécurité sociale* ;
- à la date d'attribution par la *Sécurité sociale* d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour inaptitude ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.

À réception du décompte de la *Sécurité sociale*, nous vous payons les prestations tant que le contrat de travail de l'assuré est en vigueur. Après la rupture du contrat de travail, nous les versons directement à l'assuré.

4.3.3. Service d'accompagnement pour un retour à l'emploi

Nous pouvons, après un examen de la situation individuelle de l'assuré en incapacité temporaire de travail que nous indemnisons, être amenés à lui proposer un service dont la finalité est de faciliter sa reprise de l'activité professionnelle, dans ou en dehors de l'entreprise.

L'assureur agit en qualité d'intermédiaire et propose les services d'un ou de plusieurs prestataires qu'il choisit. Il n'en porte pas la responsabilité et ce(s) dernier(s) opère(nt) dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical. Nous informons le souscripteur de l'éligibilité d'un assuré. Celui-ci dispose de 15 jours ouvrables pour demander une exclusion individuelle du service. Au-delà de ce délai, le souscripteur accepte tacitement que l'assuré éligible puisse être contacté par le(s) prestataire(s). L'assuré est libre d'accepter ou de refuser cet accompagnement.

Le(s) prestataire(s):
- Accompagne(nt) l'assuré volontaire dans un programme personnalisé, pour une réintégration au poste de travail initial éventuellement réadapté ou, à défaut, une orientation vers le reclassement professionnel, soit à un autre poste de travail dans l'entreprise, soit par la construction d'un nouveau projet professionnel passant par une formation professionnelle adaptée ou/et un reclassement externe.
- Et assure(nt) une prise en charge pluridisciplinaire selon un programme adapté et individualisé à chaque bénéficiaire.

4.3.4. La garantie invalidité permanente

Nous reconnaissons l'invalidité permanente :
- **d'origine non professionnelle** lorsque l'assuré satisfait aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L341-1 du Code de la *Sécurité sociale* ;
- **d'origine professionnelle** lorsque la *Sécurité sociale* attribue un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% selon la législation sur les *accidents du travail et maladies professionnelles*.

Nous procédons au classement de l'invalidité dans l'une des 3 catégories suivantes :

	INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE	INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE
1re catégorie	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée	Taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 65%
2e catégorie	Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66%
3e catégorie	Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% et obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

En outre, pour bénéficier de nos prestations, l'assuré doit, au titre de son invalidité, percevoir les rentes ou pensions versées par la *Sécurité sociale*.

4.3.4.1. Le montant de la rente d'invalidité

Il est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité retenue.
Si l'assuré invalide exerce une activité professionnelle et si la *Sécurité sociale* lui verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, notre rente sera limitée à la différence entre :
- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisée selon l'évolution du salaire minimum conventionnel ; et
- le cumul de la rente versée par la *Sécurité sociale* et du salaire de l'assuré ou des indemnités payées par Pôle emploi.

Le montant de la rente d'invalidité est limité de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

4.3.4.2. Les modalités de versement de la rente d'invalidité

Cette rente est versée dès que nous avons reconnu l'invalidité de l'assuré. Elle lui est payée chaque mois à terme échu.
La rente d'invalidité prend fin :

- dès que l'assuré cesse de percevoir la rente d'invalidité de la *Sécurité sociale* ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas atteint d'une invalidité permanente.

En aucun cas, une rente d'invalidité de 2e ou de 3e catégorie et des indemnités journalières ne peuvent être versées simultanément.
Si, du fait de l'évolution de son affection, l'assuré change de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

4.3.5. Les exclusions

EXCLUSIONS
Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- **d'un suicide ou tentative de suicide de l'assuré au cours de la 1re année d'adhésion. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé;**
- **d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;**
- **de la participation active de l'assuré à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;**
- **d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription.**

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.
Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

De plus, est exclu l'arrêt de travail occasionné par un *accident* résultant :

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

4.3.6. Les documents nécessaires au règlement des prestations

4.3.6.1. En cas d'incapacité temporaire de travail

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, VOUS DEVEZ NOUS DÉCLARER LES ARRÊTS DE TRAVAIL DANS LES 2 MOIS QUI SUIVENT L'EXPIRATION DE LA FRANCHISE.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	À L'ORIGINE DE L'INCAPACITÉ	EN COURS DE VERSEMENT
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation d'arrêt de travail	X	X
Certificat médical détaillé, précisant la nature de l'affection, la date de la 1ère constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)	X	
Certificat médical, précisant, en cas de rechute, qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis		X
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou copie des bulletins de salaires	X(1)	X
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X	X
Copie des relevés de situation de Pôle emploi	X	X
Relevé d'identité bancaire de l'assuré (hors compte d'épargne)	X(2)	X

(1) bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement

(2) dès lors que la prestation n'est pas versée directement à l'employeur

4.3.6.2. En cas d'invalidité permanente

PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	À L'ORIGINE DE L'INVALIDITÉ	CHAQUE MOIS	CHAQUE ANNÉE
Notification définitive d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente (en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits	X		
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité comportant le lieu de naissance, à défaut une copie intégrale de l'acte de naissance datant de moins de 3 mois	X		
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou copie des bulletins de salaires	X(1)	X	
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X	X	
Justificatif du paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale	X	X	
Copie des relevés de situation de Pôle emploi	X	X	
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS	X		X
Relevé d'identité bancaire de l'assuré (hors compte d'épargne)	X		

(1) bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement

5. LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DONT BÉNÉFICIENT VOS SALARIÉS

5.1. Les services complémentaires dans le cadre de la garantie Décès accidentel

En cas de décès accidentel, nous mettons en œuvre des services complémentaires si le décès de l'assuré survient à plus de 50 km de son domicile.

Nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine :

Nous prenons à notre charge :

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

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

Nous mettons un service de renseignements téléphoniques à la disposition des proches de l'assuré :

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

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

Si les questions qui nous sont posées nécessitent des recherches ou de la documentation, nous rappelons notre interlocuteur dès que nous sommes en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

En cas de rapatriement de corps, nous organisons le retour au domicile des proches de l'assuré qui voyageaient avec l'assuré :

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

Nous facilitons la présence d'un proche sur le lieu du décès :

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

5.2. Les services complémentaires en cas d'arrêt de travail

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

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

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, nous organisons et prenons en charge son rapatriement sanitaire :

Nous choisissons le moyen de transport qui lui est le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1re classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.
Nous le dirigeons alors :

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

Si l'assuré se trouve en dehors de son secteur hospitalier, nous nous chargeons également de le ramener jusqu'à son domicile une fois que son état de santé le lui permet.
La décision de le rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'organisation du rapatriement, le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, des moyens utilisés ou de la nécessité de son accompagnement relèvent exclusivement de notre équipe médicale après que celle-ci ait pris contact avec son médecin sur place.
Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.
Nous pouvons lui demander d'utiliser son titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, nous lui demandons de nous restituer son titre de transport lorsque nous avons pris en charge son retour.

Si l'assuré est victime d'une atteinte corporelle grave qui l'immobilise à son domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de 5 jours :

Nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :

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

  Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde de ses enfants.
- **une aide-ménagère à domicile**
  Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile pour assurer ses tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, l'assuré doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. Nous limitons toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant son atteinte corporelle grave. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

5.3. La mise en œuvre des services complémentaires

En cas de décès accidentel ou d'arrêt de travail du salarié, il peut disposer de services complémentaires qui visent à l'accompagner et à l'aider.

5.3.1. Les modalités de notre intervention

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services complémentaires, l'assuré ou l'un de ses proches doit impérativement nous contacter.
Nous lui délivrons alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de nos prises en charge.
Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur sa déclaration d'impôt sur le revenu. Pour ouvrir droit à nos services, il doit être situé en France métropolitaine.

5.3.2. La limitation de nos engagements

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. L'organisation par l'assuré ou par son entourage de l'un des services complémentaires sans notre accord préalable, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.
Nous ne prenons pas en charge et ne remboursons pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone…), sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de notre part, ni tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.
Les services complémentaires qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.
La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. A défaut, il perd le bénéfice de ses garanties et nos engagements deviennent nuls.

5.3.3. Notre responsabilité

Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial que l'assuré peut éventuellement subir lors de l'exécution de l'un de nos services complémentaires,
- retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT BENEFICIENT VOS SALARIÉS

6.1. Le maintien des garanties en cas de décès aux assurés en arrêt de travail

Tant qu'un assuré se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'*accident*, les garanties en cas de décès sont maintenues y compris après la résiliation de ce contrat.

6.1.1. Le niveau de la garantie

La garantie maintenue est celle souscrite dans le cadre de ce contrat.
Toutefois, si l'assuré a été admis à ce contrat alors qu'il se trouvait déjà en arrêt de travail, nous versons les capitaux et les rentes prévus en déduisant ceux maintenus par le précédent assureur.
En cas de rupture du contrat de travail de l'assuré en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de la rupture.

6.1.2. La base de calcul des prestations

Elle est égale à celle définie à l'article « La base de calcul des prestations » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties ». Toutefois, si après résiliation de ce contrat, l'assuré invalide, au sens du paragraphe « La garantie invalidité permanente », exerce une activité professionnelle, nous réduisons la base de calcul des prestations de 40 %.

6.1.3. La revalorisation

La base de calcul des prestations est revalorisée selon l'évolution du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO depuis l'arrêt de travail.
Après la résiliation de votre contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et la base de calcul est maintenue au niveau atteint à la date de la résiliation.

6.1.4. La fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :
- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'arrêt de travail par la *Sécurité sociale* ;
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente prévues au contrat ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail), sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi retraite.

6.1.5. Le maintien sans garantie en cas d'arrêt de travail

Si la garantie arrêt de travail n'est pas souscrite dans le cadre de votre contrat, pour le personnel dont le contrat de travail est rompu, vous devez nous faire parvenir chaque année, au plus tard le 1er décembre, la liste des assurés en arrêt de travail au 30 octobre.
Cette liste devra comporter pour chaque assuré :
- ses noms et prénoms ;
- sa date de naissance ;
- la date de l'arrêt de travail ;
- la date éventuelle de passage en invalidité permanente ;
- son salaire annuel brut à la date de l'arrêt de travail.

6.2. Le maintien des garanties en cas de décès accidentel aux assurés en arrêt de travail

Tant qu'un assuré se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'*accident*, les garanties en cas de décès accidentel sont maintenues y compris après la résiliation de ce contrat.

Les conditions et les modalités de ce maintien sont identiques à celles prévues pour la garantie décès. Elles sont décrites à l'article « Le maintien des garanties en cas de décès aux assurés en arrêt de travail ».

6.3. Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Tant que le contrat d'assurance est en vigueur, nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

6.3.1. Les bénéficiaires du maintien

Bénéficient du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités de l'article « Ce que vous devez nous déclarer », et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.
Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts à l'ancien salarié, au jour de la rupture de son contrat de travail.

6.3.2. La prise d'effet et la durée du maintien

La garantie prend effet à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois.

Dans les cas visés au paragraphe « La cotisation » de cet article, les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent à réception des cotisations additionnelles.

6.3.3. La rupture du maintien des garanties

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier de ces événements :
- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi ;
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité ;
- au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus ;
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite ;
- à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance.

6.3.4. Les modalités du maintien

Nous appliquons les dispositions suivantes aux garanties maintenues :
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise au titre du contrat d'assurance en vigueur ;
- elles correspondent à celles qui seraient appliquées à l'ancien salarié si celui-ci était toujours salarié de l'entreprise le jour du sinistre ;
- l'arrivée du terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle pour les personnes en arrêt de travail le jour de la rupture du maintien de leurs garanties ;
- la base de calcul des prestations applicable tout au long de la période de maintien des garanties est celle calculée le jour de la rupture du contrat de travail de l'ancien salarié. Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stock-options, les primes et indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail, n'entrent pas dans la base de calcul des prestations.

Toutefois, le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période. S'il n'en percevait pas ou plus, cette base de calcul des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

6.3.5. Les modalités d'information

6.3.5.1. Les obligations du souscripteur

Nous vous rappelons que vous devez signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis à l'ancien salarié lors de son départ de l'entreprise. Après l'avoir complété et signé, vous nous transmettez, dès la rupture du contrat de travail, la déclaration de maintien, sur formulaire prévu à cet effet. Vous remettez à votre ancien salarié

copie de cette déclaration complétée.

6.3.5.2. Les obligations de l'ancien salarié

Il appartient à l'ancien salarié, de nous justifier directement ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à nous déclarer sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux évènements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

6.3.6. Les pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

- la copie du certificat de travail ;
- le décompte de Pôle Emploi depuis la date de licenciement jusqu'au jour du décès ;
- l'attestation de prise en charge de Pôle Emploi ;
- le justificatif de suspension du Pôle Emploi, le cas échéant.

6.3.7. La cotisation

6.3.7.1. En cas de licenciement d'une partie des salariés

Vous nous devez une cotisation additionnelle au titre de la présente garantie dès que le nombre cumulé de salariés licenciés atteint 5 % de l'effectif assuré sur une période de 3 mois, que vous nous déclarez selon les modalités de l'article « Ce que vous devez nous déclarer ».

Cette cotisation additionnelle est calculée en proportion du nombre de salariés licenciés, appartenant au groupe assuré, et entraîne une majoration de la cotisation prévue aux **Conditions particulières**, payable à l'échéance trimestrielle suivante.

6.3.7.2. En cas de licenciement de la totalité des salariés

Par dérogation à l'article « Les cotisations » du chapitre « Les dispositions relatives à votre contrat », la cotisation est payable d'avance, au jour de l'accord de la garantie, lorsque vous, ou votre représentant légal (administrateur ou liquidateur), nous informez que la totalité des salariés sera licenciée et bénéficiaire de la garantie.

Dans ce cas, la procédure de déclaration est la suivante :

- le représentant sollicite le maintien de la garantie tel que décrit au paragraphe « La prise d'effet et la durée du maintien », la demande est accompagnée du nombre de bénéficiaires potentiels ;
- nous nous engageons à transmettre le montant de la cotisation due dans le délai de 10 jours ouvrés à partir de la réception de l'ensemble des éléments en permettant le calcul. A défaut de précision la cotisation est calculée au prorata de la dernière cotisation pour une durée de 12 mois ;
- à réception du règlement, la garantie du présent article prendra effet pour la totalité des bénéficiaires.

7. DÉFINITIONS

Accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'assuré.
Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.
L'AVC n'est pas considéré comme un accident.

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire dont la cause peut être une hémorragie cérébrale ou une ischémie dû à l'occlusion d'une artère provoquant ainsi un infarcissement (infarctus) cérébral.
Le mécanisme d'occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif soit un caillot (de formation locale ou embolique).
D'autres causes peuvent être retenues : déchirure de la paroi d'une artère (dissection) ou compression par une tumeur.
L'AVC n'est pas considéré comme un *accident*.

Accident de la circulation

Il faut entendre par accident de la circulation tout *accident* :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque l'assuré circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré :
  - en tant que passager d'un moyen de transport collectif par voie de fer, d'air ou d'eau ;
  - en tant que passager ou conducteur d'un moyen de transport par voie de terre.

N'est pas considéré comme accident de la circulation, l'*accident* survenu lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur.

Accident de la circulation aérienne

Il faut entendre par accident de la circulation aérienne tout accident survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré en tant que passager d'un moyen de transport public par voie d'air.
N'est pas considéré comme accident de la circulation aérienne, l'*accident* survenu lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (ULM, planeur, compétition d'aviation, etc.).

Accident du travail et maladie professionnelle

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'*accident* survenu par le fait ou à l'occasion du travail.
La législation sur les accidents du travail (Code de la Sécurité sociale) s'applique dans les conditions suivantes :

- l'existence d'un *accident* : l'*accident* est légalement caractérisé par l'action violente soudaine d'une cause extérieure provoquant une lésion de l'organisme humain ;
- son caractère professionnel : il doit exister un lien entre l'*accident* et le travail ;
- la relation de cause à effet entre l'*accident* et les lésions corporelles quelle que soit leur importance.

Est également considéré comme accident du travail, lorsque les bénéficiaires en apportent la preuve ou lorsque la Sécurité sociale dispose d'éléments en ce sens, l'*accident* survenu pendant le trajet d'aller et retour.

Accueil de l'enfant

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L1225-17 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L1225-35 du Code du travail).

Ascendant

Ascendant à charge de l'assuré ou de son *conjoint* qui est dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lequel l'assuré déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu.

Concubin

Au sens de l'article 515-8 du Code civil, à l'exclusion du *conjoint* et du *partenaire*.

Conjoint
Epoux ou épouse de l'assuré non divorcé ni séparé judiciairement.

Déclaration Sociale Nominative (DSN)
Fichier mensuel produit par l'entreprise à partir des éléments de rémunération, qui permet de communiquer aux organismes et administrations concernées les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

Deuil de l'enfant
La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1 du Code du travail.

Enfant à charge
Enfant de l'assuré ou de son *conjoint* qu'il soit légitime, reconnu, recueilli, adoptif ou à naître, au sens de la législation fiscale ou au sens de la législation sur les allocations familiales.
Il doit, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

- d'une part :
  - être mineur ;
  - être majeur, âgé de moins de 26 ans, affilié à la Sécurité sociale et suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
  - être reconnu *enfant handicapé* ;
- d'autre part, être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

De plus, l'enfant reconnu ou adopté par l'assuré est considéré à charge même s'il est fiscalement à la charge de son *partenaire* lié avec lui par un pacte civil de solidarité ou de son *concubin*.
Enfin, lorsque l'assuré est décédé, l'enfant né moins de 300 jours après son décès est considéré comme enfant à charge.

Enfant handicapé
Enfant à charge quel que soit son âge, s'il perçoit une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation aux adultes handicapés (AAH)), sous réserve que cette allocation lui ait été attribuée avant son 21e anniversaire.

Mission professionnelle
Tout déplacement professionnel de l'assuré dans le monde entier, effectué pour le compte du souscripteur et placé sous son autorité. Il est convenu que les séminaires, congrès et voyages privés dans le cadre d'une mission professionnelle, pour autant qu'ils ne s'agissent pas de périodes de congés payés ou de réduction du temps de travail, sont couverts au titre de la mission professionnelle dans le cadre du respect du contrat d'assurance.
Le trajet pour se rendre sur le lieu de travail de l'assuré et pour rentrer à son domicile, n'est pas considéré comme une mission professionnelle au titre du contrat d'assurance.

Notice d'information
Document qui permet à l'assuré de connaitre le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

Partenaire
Personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).

PASS
Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Personnes à charge
Enfants à charge et ***ascendants à charge***.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

PMSS
Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

PSS

Plafond de la Sécurité sociale.

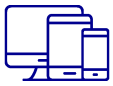
Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire de base, prenant en charge notamment les prestations en espèces pour cause de maladie, d'invalidité, d'*accident du travail ou de maladie professionnelle*. Ce régime est régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Tranches de salaire

- Tranche A : fraction de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche C : fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Votre interlocuteur AXA



Votre **Espace Client**

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne sur axa.fr

AXA vous répond sur :

OFFRE CITOYENNE

CONFIANCE, PRÉVENTION, ENVIRONNEMENT, SOLIDARITÉ :
avec AXA, faites le choix d'une entreprise engagée. Nos offres citoyennes contribuent au respect de la planète, de tous et de chacun. Toutes nos actions concrètes sont à découvrir sur **axa.fr**

AXA France Vie Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 **- AXA France IARD** Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances.**