



**Solutions AXA
pour les entreprises
Prévoyance**

Notice d'information Prévoyance Entreprise



**POUR L'ENTREPRISE
HIRELINK**

Votre contrat n° 284495311



PRÉAMBULE

Votre employeur, la société HIRELINK a souscrit un contrat de prévoyance collective référencé au numéro 284495311.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du Code de la Sécurité sociale

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous. Les garanties prennent effet le 1er juin 2024.

La notice vous précise, dans les pages qui suivent, les prestations offertes lorsque le risque souscrit se réalise entre la date de début et de fin des garanties.

Dans cette notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le terme « vous » vous désigne en tant qu'assuré à ce contrat de prévoyance ;
- le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut le contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « votre employeur » ;
- 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 votre employeur a conclu ce contrat de prévoyance ;
- le bénéficiaire est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit vous-même, soit une autre personne, soit votre employeur qui a souscrit le contrat de prévoyance.

Les mots en italique figurant dans cette notice d'information ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Définitions ».

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL	2	
2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT	5	2.1. Votre adhésion au contrat
	5	2.2. La durée de vos garanties
3. LES DISPOSITIONS COMMUNES À VOS GARANTIES	7	3.1. La base de calcul des prestations
	7	3.2. La revalorisation des prestations
	7	3.3. Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès
	8	3.4. Les exclusions
	8	3.5. L'expertise médicale
	9	3.6. Le règlement de nos prestations
4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À VOS GARANTIES	10	4.1. En cas de décès
	13	4.2. En cas d'arrêt de travail
5. LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ	17	5.1. Les services complémentaires en cas d'arrêt de travail
	18	5.2. La mise en œuvre des services complémentaires
	18	5.3. Les services complémentaires pour les salariés aidants
6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ	26	6.1. Le maintien des garanties en cas de décès lorsque vous êtes en arrêt de travail
	26	6.2. Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail
7. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT	28	7.1. La prescription
	29	7.2. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	29	7.3. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	29	7.4. Nous contacter
	30	7.5. En cas de réclamation
8. DÉFINITIONS	31	

1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

La nature et le montant des garanties souscrites sont précisés ci-dessous. Les conditions d'application de ces garanties sont indiquées au chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties ».

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	PASS

La garantie décès en capital

En cas de décès de l'assuré

Versement d'un capital quelle que soit la situation de famille de l'assuré :

Tout assuré	170%	170%	-
Montant minimum du capital			
Assuré non cadre			
Tout assuré	-	-	170%
Assuré cadre			
Tout assuré	-	-	340%

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Versement par anticipation d'un capital : 100% du capital prévu en cas de décès

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

En cas de décès du conjoint après celui de l'assuré ou simultanément

Pour les assurés mariés ou liés par un pacte civil de solidarité

Versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants à charge : 100% du capital prévu en cas de décès

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	PASS

La garantie rente éducation

En cas de décès de l'assuré avec au moins un enfant à charge

Service d'une rente par enfant à charge, d'un montant annuel :

Jusqu'au 18e anniversaire	12%	12%	-
Du 18e au 26e anniversaire	15%	15%	-
La rente est servie à l'enfant majeur s'il poursuit des études et à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie.			
Montant annuel minimum de la rente			
Assuré non cadre			
Jusqu'au 18e anniversaire	-	-	12%
Du 18e au 26e anniversaire	-	-	15%
Assuré cadre			
Jusqu'au 18e anniversaire	-	-	24%
Du 18e au 26e anniversaire	-	-	30%

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	PASS

L'évolution du montant de la rente intervient le 1er jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

En cas de décès du conjoint après celui de l'assuré ou simultanément

Pour les assurés mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage

Service d'une rente par enfant à charge, d'un montant annuel :	100% du montant de la rente éducation
--	---------------------------------------

La rente est servie à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

En cas de décès de l'assuré avec au moins un enfant handicapé à charge

Service d'une rente viagère par enfant handicapé à charge, d'un montant annuel :	-	-	20%
--	---	---	-----

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties	
	Tranche A	Tranche B

La garantie incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Franchise :	90 jour(s) d'arrêt de travail continu
Indemnité journalière	80% 80%

En cas de rupture du contrat de travail, les prestations sont limitées de façon 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.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties	
	Tranche A	Tranche B

La garantie invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente d'origine non professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle nous classons l'assuré :

1re catégorie

Rente	45%	40%
-------	-----	-----

2e catégorie

Rente	80%	80%
-------	-----	-----

3e catégorie

Rente	80%	80%
-------	-----	-----

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

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties	
	Tranche A	Tranche B

En cas d'invalidité permanente d'origine professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Le montant annuel de la rente est fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle "N" attribué par la Sécurité sociale :

Taux d'incapacité permanente professionnelle compris entre 33% et 65%

Rente	3N/2 x 80%	3N/2 x 80%
-------	------------	------------

Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66%

Rente	80%	80%
-------	-----	-----

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

Autres garanties et services

Assistance

Vous bénéficiez des services du pack Services complémentaires en cas d'arrêt de travail, décrit au chapitre correspondant.

Vous bénéficiez des services du pack Aide aux Aidants, décrit au chapitre correspondant.

En cas d'arrêt de travail, vous pouvez bénéficier du service d'accompagnement vers un retour à l'emploi. Les conditions de mise en œuvre sont décrites au chapitre correspondant.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT

2.1. Votre adhésion au contrat

2.1.1. Les conditions d'adhésion

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, votre adhésion est obligatoire si vous répondez à l'ensemble des critères suivants :

- appartenir au groupe assuré ;
- être affilié 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 de l'employeur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant*, *deuil de l'enfant* ou pour une autre cause avec indemnisation de l'employeur, bénéficient des garanties du présent contrat. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice des garanties est suspendu.

En tant que mandataire social, vous pouvez bénéficier du contrat, dans les conditions et limites qui vous sont applicables aux termes des dispositions du Code de la *Sécurité sociale* et du Code du commerce, si vous répondez à l'ensemble des critères suivants :

- vous cumulez un contrat de travail avec votre mandat ou êtes assimilé salarié au sens du Code de la *Sécurité sociale* ;
- vous appartenez 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 peut également dépendre de l'accomplissement des formalités médicales préalables à la date d'effet des garanties.

2.2. La durée de vos garanties

2.2.1. Le début des garanties

Vous bénéficiez de nos garanties :

- dès la date d'effet du contrat sous réserves d'éventuelles formalités médicales, quand vous êtes déjà membre du groupe ;
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet du contrat.

Si vous êtes 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

Vous cessez de bénéficier de nos garanties dès :

- que vous sortez du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite) ;
- que votre contrat de travail est rompu, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont vous bénéficiez » ;
- l'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite ;
- la résiliation du contrat par votre employeur, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont vous bénéficiez ».

Une fois admis au contrat, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

2.2.3. Le prolongement à titre individuel de vos garanties après la résiliation du contrat

Lorsque le contrat est résilié et qu'il n'est pas remplacé, si votre contrat de travail est toujours en vigueur, vous pouvez souscrire une assurance individuelle, sous réserve de notre accord. Lorsque le niveau des garanties ne dépasse pas celui du contrat, nous les garantissons sans période probatoire ni questionnaire médical.

Vous disposez de **60 jours** après la date de résiliation pour nous en faire la demande.

3. LES DISPOSITIONS COMMUNES À VOS GARANTIES

3.1. La base de calcul des prestations

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

Selon la mention qui en est faite au chapitre « Vos garanties en détail », elle correspond :

- aux salaires bruts déclarés par votre employeur à l'administration fiscale des 12 mois civils précédant la date à laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à la prestation. Elle 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 vous vous trouviez en arrêt de travail au moment de votre décès et perceviez à ce titre des prestations de la *Sécurité sociale*, les 12 mois civils retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.

Si moins de 12 mois civils 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 de vos salaires des 12 mois civils précédant l'événement.

Lorsque vous disposez d'un contrat de travail qui a moins de 12 mois civils, nous rétablissons la base de calcul des prestations sur une base annuelle.

Si, en raison de la suspension de votre contrat de travail, avec ou sans indemnisation de l'employeur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant* ou *deuil de l'enfant*, votre salaire a été réduit ou supprimé au cours des 12 mois civils précédant l'événement, nous prenons en compte le salaire que vous auriez perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

- au PSS en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à prestation.

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 année. Ainsi, chaque 1er jour du mois suivant la date anniversaire de l'événement ayant donné lieu à nos versements, nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue depuis l'anniversaire précédent.

Après la résiliation du 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 à votre(vos) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation suivant :

Pour le versement du capital en cas de décès, nous considérons que vous êtes décédé le dernier, si un même événement occasionne à la fois votre décès 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 ne nous est faite, nous versons le capital :

- à votre *conjoint* non séparé judiciairement ;
- à défaut, à votre *partenaire* ;
- à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre *conjoint* si vous en aviez la charge ;
- à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à vos 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 :

- à votre *conjoint* ou à votre *partenaire*, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque votre *conjoint* ou votre *partenaire*, 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

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Vous pouvez alors nous informer, par écrit, de votre 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.

Vous avez 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 votre 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 vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez 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 vous avez clairement manifesté la volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous ;
- ou si vous et tous vos bénéficiaires désignés décédez 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 vous avez 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 votre état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de *PTIA*. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées 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 vous n'êtes plus dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la *Sécurité sociale* ou de tout organisme.

Le refus de vous soumettre à l'expertise médicale entraîne la cessation de vos prestations. Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez demander la désignation d'un tiers expert, en accord avec notre médecin et éventuellement le médecin de votre 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 le contrat se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration à votre employeur qui doit nous le retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué au chapitre « Vos garanties en détail ».

Les bénéficiaires et votre employeur doivent 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.

4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À VOS GARANTIES

Les garanties souscrites et leurs montants sont précisés au chapitre « Vos garanties en détail ».

4.1. En cas de décès

4.1.1. La garantie décès en capital

4.1.1.1. Le montant du capital

Ce montant est identique quelle que soit votre situation de famille.

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

Pour bénéficier du versement anticipé du capital décès, vous devez nous demander de reconnaître la *PTIA*.

Pour bénéficier de notre prestation, vous devez 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 votre situation de famille le cas échéant à la date de la reconnaissance de votre *PTIA*. Le capital vous est versé directement ou à votre 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 votre conjoint décède après vous

Cette prestation s'applique en complément de la garantie décrite précédemment si votre *conjoint*, qui ne s'est pas remarié et qui n'a pas conclu un pacte civil de solidarité, décède après vous, alors que ce contrat est en vigueur. La notion de *conjoint* est définie au chapitre « Vos garanties en détail ».

Le décès du *conjoint* doit être simultané au vôtre du fait d'un même événement, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, ou survenir dans un délai de 12 mois suivant votre décès.

Les bénéficiaires de cette prestation sont les enfants à votre charge et qui sont toujours à la charge de votre *conjoint* au jour de son décès.

Cette prestation prévoit le versement d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre vos 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 chacun de vos *enfants à charge* au moment du décès 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 de votre décès.

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 votre décès ;
- une cessation de la rente le jour où l'enfant n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu au chapitre « Vos garanties en détail » ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.2.2. Le versement d'une prestation supplémentaire lorsque votre conjoint décède après vous

Cette prestation s'applique en complément de la garantie décrite précédemment si votre *conjoint*, qui ne s'est pas remarié et qui n'a pas conclu un pacte civil de solidarité, décède après vous, alors que ce contrat est en vigueur. La notion de *conjoint* est étendue aux *partenaires* et aux *concubins*.

Le décès du *conjoint* doit être simultané au vôtre du fait d'un même événement, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, ou survenir dans un délai de 12 mois suivant votre décès.

Les bénéficiaires de cette prestation sont les *enfants à votre charge* et qui sont toujours à la charge de votre *conjoint* au jour de son décès.

Cette prestation prévoit le versement d'une rente supplémentaire à vos bénéficiaires, ou à leurs représentants légaux s'ils ne disposent pas de la capacité juridique. Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque bénéficiaire.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès du *conjoint* ;
- une cessation de la rente le jour où le bénéficiaire n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu au chapitre « Vos garanties en détail » ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.3. La garantie rente handicap

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente viagère à chacun de vos *enfants handicapés* au moment du décès ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

Les conditions requises pour être considéré comme *enfant handicapé* doivent être remplies au moment de votre décès.

Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque *enfant handicapé*.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant votre décès ;
- une cessation de la rente au décès de l'*enfant handicapé* ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.4. Les exclusions

EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la PTIA résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si vous étiez 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 votre participation active 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 14^e 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).

4.1.5. 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 <i>conjoint</i> 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	

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS ⁽¹⁾ (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	EN CAS DE DÉCÈS	EN CAS DE PTIA
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 3 ^e 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 <i>conjoint</i> , du <i>partenaire</i> ou du <i>concubin</i>	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 (<i>AEEH</i> ou <i>AAH</i>) ⁽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 d'arrêt de travail

Lorsque vous êtes 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 votre situation 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 votre situation (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 de votre règlement.

4.2.1. La garantie incapacité temporaire de travail

Vous êtes en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie ou d'un *accident*.

En outre, vous devez 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 chapitre « Vos garanties en détail ». 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.

4.2.2. L'indemnité journalière

4.2.2.1. 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 vous êtes 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 les dispositions prévues au paragraphe « La revalorisation des prestations périodiques » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties » ;
- et

- le cumul des indemnités versées par la *Sécurité sociale* et du salaire que vous verse votre employeur au titre de votre activité partielle ou des indemnités payées par France Travail.

En cas de rupture du contrat de travail, le cumul de nos prestations et de celles de la *Sécurité sociale* est limité à votre salaire net imposable.

4.2.2.2. 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 vous n'êtes pas dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.

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

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

Nous pouvons, après un examen de votre situation individuelle alors que vous êtes en incapacité temporaire de travail que nous indemnisons, être amenés à vous proposer un service dont la finalité est de faciliter votre 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. Le(s) prestataire(s) porte(nt) seul(s) la responsabilité du service qu'il(s) distribue(nt). Nous informons votre employeur de votre éligibilité. Celui-ci dispose de 15 jours ouvrables pour demander une exclusion individuelle du service. Au-delà de ce délai, votre employeur accepte tacitement qu'étant éligible vous puissiez être contacté par le(s) prestataire(s). Vous êtes libre d'accepter ou de refuser cet accompagnement.

Le(s) prestataire(s):

- vous accompagne(nt) lorsque vous êtes volontaire dans un programme personnalisé, pour une réintégration à votre 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.
- assure(nt) une prise en charge pluridisciplinaire selon un programme adapté et individualisé à chaque bénéficiaire.

4.2.4. La garantie invalidité permanente

Nous reconnaissons l'invalidité permanente:

- **d'origine non professionnelle** lorsque vous répondez aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L341-1 du Code de la *Sécurité sociale* ;

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

	INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE
1^{re} catégorie	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
2^e catégorie	Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle
3^e 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

Nous reconnaissons l'invalidité permanente:

- **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 en fonction du taux d'incapacité permanente prévu ci-dessous :

INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE
Taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 65%
Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66%

En outre, pour bénéficier de nos prestations, vous devez, au titre de votre invalidité, percevoir les rentes ou pensions versées par la *Sécurité sociale*.

4.2.4.1. Le montant de la rente d'invalidité

Il est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité retenue.

Si, bien qu'invalide, vous exercez une activité professionnelle et si la *Sécurité sociale* vous 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 les dispositions prévues au paragraphe « La revalorisation des prestations périodiques » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties » ;
- et
- le cumul de la rente versée par la *Sécurité sociale* et de votre salaire ou des indemnités payées par France Travail.

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

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

Cette rente vous est versée dès que nous avons reconnu votre invalidité. Elle vous est payée chaque mois à terme échu.

La rente d'invalidité prend fin :

- dès que vous cessez 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 vous n'êtes 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 votre affection, vous changez de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

4.2.5. Les exclusions

EXCLUSIONS

Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si vous étiez 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 votre participation active 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 14^e 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 vous-même ;
- de votre pratique 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 votre pratique de la navigation aérienne :
 - 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.

4.2.6. Les documents nécessaires au règlement des prestations

4.2.6.1. 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.

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS	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 France Travail		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

4.2.6.2. En cas d'invalidité permanente

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS	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 France Travail		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 VOUS BÉNÉFICIEZ

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

Si vous êtes 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 vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire :

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

Nous vous dirigeons alors :

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

Si vous vous trouvez en dehors de votre secteur hospitalier, nous nous chargeons également de vous ramener jusqu'à votre domicile une fois que votre état de santé vous le permet.

La décision de vous 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 votre accompagnement relèvent exclusivement de notre équipe médicale après que celle-ci ait pris contact avec votre médecin sur place.

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

Nous pouvons vous demander d'utiliser votre titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, nous vous demandons de nous restituer votre titre de transport lorsque nous avons pris en charge votre retour.

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave qui vous immobilise à votre 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 votre chevet**

si aucun membre de votre famille ne se trouve à moins de 50 km de votre domicile. Pour cela, nous fournissons à votre proche un billet aller-retour en train 1re classe ou en avion classe économique.

■ **la garde de vos enfants et petits-enfants**

s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre ne peut en assurer la garde :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile (en train 1re classe ou avion classe économique) ;
- soit en acheminant vos 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 vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge de vos 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 événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde de vos enfants.

■ **une aide-ménagère à domicile**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile pour assurer vos tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. Nous limitons toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant votre 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.

5.2. La mise en œuvre des services complémentaires

En cas d'arrêt de travail, vous pouvez disposer de services complémentaires qui visent à vous accompagner et à vous aider.

5.2.1. Les modalités de notre intervention

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services complémentaires, vous ou l'un de vos proches doit impérativement nous contacter au numéro de téléphone mentionné au paragraphe « Nous contacter ». Nous vous 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.

5.2.2. La limitation de nos engagements

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. L'organisation par vous même ou par votre 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, vous perdez le bénéfice de vos garanties et nos engagements deviennent nuls.

5.2.3. Notre responsabilité

Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial que vous pouvez 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.

5.3. Les services complémentaires pour les salariés aidants

5.3.1. Objet des garanties

Les garanties décrites ci-après ont pour objet de mettre en œuvre des services d'assistance destinés aux salariés en situation d'aidant d'un proche dépendant et/ou handicapé.

5.3.2. Définitions

Salarié aidant

Terme désignant le salarié qui vient en aide à une personne dépendante et/ou handicapée, qualifiée de proche aidé.

Le salarié aidant est aussi appelé l'assuré.

Proche aidé

Terme désignant la personne accompagnée par le salarié, qui porte un handicap et/ou se trouve en état de dépendance et remplit l'une des qualités suivantes :

- Le conjoint du salarié aidant non divorcé ni séparé judiciairement. Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin répondant à la définition de l'article L 515-8 du Code civil. Le concubin ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
- L'ascendant : père ou mère du salarié aidant,
- Le descendant : l'enfant dont il assume la charge (au sens des prestations familiales)
- L'ascendant, le descendant tels que définis ci-dessus, de son conjoint

Conseiller dédié

Conseiller d'AXA Assistance qui est l'interlocuteur privilégié du salarié aidant et qui l'accompagne tout le temps de la prestation.

Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources)

La grille nationale AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance, déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend :
 - les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
 - ou personnes en fin de vie.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui sont capables de se déplacer et qui nécessitent une surveillance permanente.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
- Le GIR 4 est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage,
 - d'autre part, celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Taux d'incapacité permanente

Le taux d'incapacité est déterminé par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en collaboration avec les Maisons départementales pour le handicap (MDPH).

Le taux d'incapacité permet de décrire le degré de dépendance d'une personne handicapée et le niveau d'aide dont elle doit bénéficier dans la vie quotidienne. C'est la valeur de l'incapacité exprimée en pourcentage.

Domicile

Le domicile est le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine ou dans les DROM.

Territorialité

Les garanties sont accordées uniquement en France métropolitaine et dans les DROM.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie

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

Autorité médicale

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

5.3.3. Garanties d'assistance accordées à la demande du salarié aidant

5.3.3.1. Evaluer les besoins

Bilan personnalisé de situation par le conseiller dédié

Le recours au conseiller dédié est ouvert à tout salarié aidant.

À l'entrée en relation du salarié aidant avec son conseiller dédié, le salarié aidant désigne le proche aidé en situation de dépendance et/ou de handicap, que l'assuré en tant qu'aidant accompagne.

À la demande du salarié aidant, le conseiller dédié d'AXA Assistance réalise par téléphone une évaluation complète et personnalisée de la situation du salarié aidant et de son proche aidé.

Cette évaluation prend en compte notamment, sur la base d'un questionnaire approprié :

- la situation et les attentes du proche aidé : aides au quotidien, évaluation du lieu de vie, équipement du domicile, réseaux de proximité,
- la situation et les attentes du salarié aidant : degré d'implication, situation médicale et psychologique, éloignement du domicile du proche aidé.

L'accompagnement n'est pas limité dans le temps.

Elaboration d'un plan d'actions

À partir des informations recueillies lors du bilan, le conseiller dédié d'AXA Assistance transmet par courrier ou par mail au salarié aidant le bilan d'évaluation ainsi que les préconisations adaptées à la situation du proche aidé.

Les rubriques couvertes par ce document personnalisé sont les suivantes :

- Résumé de la situation et des attentes du salarié aidant et de son proche aidé,
- Préconisations en matière d'équipement, de prestations de services, et de mesures pour protéger sa santé,
- Coordonnées des prestataires de service ou d'équipement,
- Coordonnées des organismes d'aide.

AXA Assistance s'engage à faire un premier retour écrit au salarié aidant dans les 48H ouvrés après le bilan personnalisé de situation.

Si des recherches complémentaires doivent être effectuées par le Conseiller dédié, les préconisations et les renseignements spécifiques seront adressés au Salarié aidant dans un second temps et tout au long de son accompagnement par le Conseiller dédié.

AXA Assistance représenté par son conseiller dédié, fournira si nécessaire au salarié aidant et à son proche aidé des informations relatives aux aides publiques ou privées.

Le coût des équipements, des travaux et des prestations reste à la charge du salarié aidant et/ou de son proche aidé.

Aide et accompagnement dans le cadre de démarches administratives

L'action du conseiller dédié consiste à délivrer :

- Des informations et des conseils pour le proche aidé : AXA Assistance communique au salarié aidant et à son proche aidé, toutes les informations dont ils auront besoin afin de faciliter leurs démarches (aide à la prise de contact avec les différents organismes et services sociaux, aides au maintien à domicile des personnes dépendantes et/ou en situation de handicap, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, de handicap, APA, etc)
- Une aide à la constitution de dossier de dépendance et/ ou de handicap : AXA Assistance accompagne le salarié aidant et son proche aidé dans la constitution du dossier de prise en charge lié à la dépendance et/ou au handicap (pièces justificatives, bilans, documents nécessaires pour obtenir une aide publique, etc.).

5.3.3.2. Simplifier mon quotidien

Organisation de services en réponse aux besoins du salarié aidant et du proche aidé

Organisations de prestations : recherche de solutions au sein d'Axa Assistance ou de son réseau de prestataires

En assurant l'organisation des services, le conseiller dédié assure le suivi du salarié aidant et de son proche aidé sur le long terme. Le conseiller dédié assure la mise en relation du salarié aidant avec des spécialistes en interne ou de son réseau de prestataires à AXA Assistance sur des sujets spécifiques.

À la demande du salarié aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance organise, du lundi au vendredi de 8H30 à 18H30, les services suivants :

- accompagnement du proche aidé dépendant et/ou en situation de handicap dans ses déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement,
- recherche de personnel : aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, personne de compagnie,
- livraison de courses,
- service de pressing,
- coiffeur,
- portage de repas,
- pédicure,
- ergothérapeute,
- petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie),
- petit jardinage,
- petit bricolage.

Par organisation, il est entendu :

- le recueil des besoins du salarié aidant et/ou du proche aidé dépendant/en situation de handicap
- la recherche de prestataires, y compris ceux habilités à recevoir un paiement en CESU,
- la présentation de deux devis minimums,
- sur acceptation du devis, l'organisation de la prestation ou du premier rendez-vous.

Le coût de la prestation reste à la charge du salarié aidant et/ou de son proche aidé.

Achat d'équipements : recherche de fournisseurs pour l'achat d'équipements

À la demande du salarié aidant et/ou du proche aidé et après analyse des besoins du proche aidé, AXA Assistance recherche et propose une sélection appropriée de fournisseurs pour l'achat d'équipements du domicile, de matériel médicalisé et de produits de soin consommables.

Le coût de ces fournitures, équipements, matériels ou produits reste à la charge du salarié aidant et/ou de son proche aidé.

Aide à la recherche d'établissements spécialisés

À la demande du salarié aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance met à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres spécialisés tels que :

- les maisons de retraite,
- les maisons de repos,

- les maisons de repos et de soins,
- les résidences de services,
- les centres de soins,
- les centres spécialisés dans le traitement et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ...
- les établissements prenant en charge d'enfants et d'adultes handicapés (la demande d'admission passant par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées)

Après vérification des principaux critères de choix tels que prévus ci-après :

- budget souhaité,
- degré d'urgence,
- besoins médicaux,
- degré d'éloignement.

AXA Assistance communique au salarié aidant et à son proche aidé, la liste de trois établissements susceptibles de répondre au mieux aux exigences précitées, et fournit toute information nécessaire concernant les prix, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.

À la demande du salarié aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance lui adresse par courrier ou par mail les fiches descriptives détaillées des trois établissements sélectionnés.

Le conseiller dédié mettra tout en œuvre pour trouver les établissements les mieux adaptés à la situation du proche aidé. La décision du choix de l'établissement appartient au proche aidé conformément à la charte des droits et libertés.

Aide aux démarches administratives et sociales « Obsèques »

Information

En cas de décès du proche aidé, le conseiller dédié met à disposition du salarié aidant un service d'information sur les démarches administratives à accomplir.

Mise à disposition de courriers types

Sur demande du salarié aidant, pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (administrations...) à la suite du décès du proche aidé, le conseiller dédié met à sa disposition sous 48 h (par fax ou par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du conseiller ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

5.3.3.3. Garanties d'assistance accordées au salarié aidant pour protéger sa santé

Soutien psychologique

À la demande du salarié aidant, AXA Assistance met à sa disposition un service de soutien psychologique par téléphone dans la limite de 5 entretiens de 30 minutes.

Animé par une équipe de psychologues cliniciens, ce service garantit au salarié aidant en toute confidentialité, une écoute professionnelle dans le cadre de la déontologie propre à la profession et en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Le service d'écoute psychologique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapeutique effectué en face à face. En aucun cas, le service d'écoute psychologique ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.

Cette prestation n'est accordée qu'une seule fois par année civile.

Garanties d'assistance accordées en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours du salarié aidant

Ces garanties sont ouvertes au salarié aidant si le proche aidé bénéficie d'un classement en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4, au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou s'il présente un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%.

En cas d'hospitalisation de plus de 48 heures (>48 heures) ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours (>5 jours) du salarié aidant, AXA Assistance recherche et prend en charge, à la demande du salarié aidant, les services d'une **aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie au domicile** au profit de lui-même ou de son proche aidé, pendant la durée de l'immobilisation du salarié aidant ou de l'hospitalisation de ce dernier.

L'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes que la personne bénéficiaire de la présente garantie ne peut pas effectuer.

Cette prise en charge de 2 heures consécutives minimum peut aller jusqu'à 10 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère ou de l'auxiliaire de vie est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux.

Pour bénéficier de cette prestation, le salarié aidant doit formuler la demande à AXA Assistance a minima 48 heures avant la mise en œuvre de la prestation.

Garantie d'assistance en cas de besoin de répit du salarié aidant

Ces garanties sont ouvertes au salarié aidant si le proche aidé bénéficie d'un classement en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4, au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou s'il présente un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%.

Si l'état du salarié aidant, en dehors de toute hospitalisation, le rend momentanément incapable d'assumer sa charge d'aidant, c'est-à-dire le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son proche aidé, dont il était habituellement responsable, notamment du fait d'une maladie imprévue, d'une immobilisation imprévue ou d'un état d'épuisement psychologique et/ou physique justifiant un besoin de répit, AXA Assistance garantit le bénéfice des prestations en nature ci-après décrites.

Cet état est évalué par l'équipe médicale d'AXA Assistance sur la base d'un entretien avec le salarié aidant, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical, et de prendre contact avec son médecin traitant.

AXA Assistance prend en charge les frais liés aux deux prestations ci-dessous dans la limite maximum de mille (1 000*) euros TTC par proche aidé.

Une seule intervention est prise en charge dans la vie du contrat.

Intervention d'une auxiliaire de vie

À la demande du salarié aidant, AXA Assistance recherche et prend en charge sous 48 heures, les services d'une **auxiliaire de vie au domicile** au profit du proche aidé pour l'aider et pallier l'absence du salarié aidant.

L'auxiliaire de vie à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes que le salarié aidant ne peut pas effectuer.

Cette prise en charge de 2 heures consécutives minimum peut aller jusqu'à 10 heures sans toutefois pouvoir dépasser en valeur la somme en euros fixée ci-dessus* dans les 30 jours suivant la date de la demande. La durée de présence de l'auxiliaire de vie est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux.

Une seule intervention est prise en charge dans la vie du contrat.

Recherche de places d'hébergement temporaire en établissement spécialisé

À la demande du salarié aidant, AXA Assistance aide à la recherche d'un centre temporaire (accueil de jour ou de courte durée) susceptible d'accueillir le proche aidé et organise son transport vers l'établissement choisi.

L'hébergement est pris en charge dans la limite de 7 jours consécutifs ou non, sans toutefois pouvoir dépasser en valeur la somme en euros fixée ci-dessus*.

L'hébergement est pris en charge une seule fois dans la vie du contrat.

5.3.4. Conditions générales d'application des garanties d'assistance

5.3.4.1. Mise en œuvre des services d'assistance

Pour la mise en place des services d'assistance, le salarié aidant doit contacter AXA assistance au 01 72 59 51 60. L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- ses prénom et nom,
- numéro du contrat d'assurance,
- raison sociale de son employeur.

AXA Assistance attribuera alors un numéro de dossier qui permettra de suivre l'assuré et de lui fournir chacune de ses prestations.

Pour la mise en œuvre de certaines garanties, le salarié aidant devra communiquer à Axa Assistance les pièces justificatives suivantes :

- justificatif d'appartenance à l'entreprise,
- notification d'attribution de l'APA ou celle justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 %
- certificat attestant l'hospitalisation

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour délivrer l'ensemble des garanties prévues au présent chapitre.

AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Tout courrier ou correspondance doit être adressé à :

Axa Assistance – Service Silènes
Aide aux Aidants
Le Carat
6 rue André Gide
92320 CHATILLON

Les courriers et pièces justificatives de nature médicale doivent être adressés à l'attention du « Médecin conseil d'AXA assistance » à l'adresse ci-dessus.

5.3.4.2. Accord préalable

L'organisation par l'assuré de tout ou partie des garanties prévues du présent contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

5.3.4.3. Déchéance des garanties

Le non-respect par l'assuré de ses obligations envers AXA Assistance entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus dans le présent chapitre.

5.3.5. Conditions restrictives d'application

5.3.5.1. Limitation de responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage, subi par un assuré à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention

5.3.5.2. Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens, et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute,

mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

5.3.6. Exclusions

Axa Assistance, ne prend pas en charge, ni ne rembourse :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais engagés par l'assuré pour la délivrance de tout document officiel,
- les frais liés à l'établissement des pièces justificatives requises pour la mise en œuvre des garanties.

6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

6.1. Le maintien des garanties en cas de décès lorsque vous êtes en arrêt de travail

Tant que vous êtes 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 vous avez été admis à ce contrat alors que vous étiez 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 de votre contrat de travail alors que vous êtes en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie maintenue est celle dont vous bénéficiez 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, vous êtes invalide, au sens du paragraphe « La garantie invalidité permanente », et vous exercez 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 depuis l'arrêt de travail selon les dispositions prévues à l'article « La revalorisation des prestations » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties ».

Après la résiliation de ce 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 vous ne remplissez 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.

6.2. 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, en cas de rupture de votre 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.

6.2.1. Les bénéficiaires du maintien

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

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

La garantie prend effet à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, 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.

6.2.3. 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 France Travail ;
- 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 vous trouvez un nouvel emploi ou liquidez vos droits à pension de retraite ;
- à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance.

6.2.4. 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 vous seraient appliquées si vous étiez 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 si vous êtes en arrêt de travail le jour de la rupture du maintien de vos 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 de votre contrat de travail. 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 vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période. Si vous n'en perceviez 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.

6.2.5. Les modalités d'information

6.2.5.1. Vos obligations

Il vous appartient de nous justifier directement vos 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.

Vous vous engagez à nous déclarer votre reprise du travail ou la liquidation de vos droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

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

6.2.6. Les pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

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

7. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

7.1. La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de 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.

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

Le contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'assureur) 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.

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

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données 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).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) 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 votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos 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, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

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

7.4. Nous contacter

Un point de contact unique pour toute demande :

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services et garanties d'assistance, un membre de votre famille ou vous-même devez impérativement contacter le service dédié d'AXA Assistance par téléphone au :

01 72 59 51 60 (prix d'une communication locale)

Au préalable :

Lorsque vous ou l'un de vos proches prenez contact avec AXA, nous vous remercions de nous communiquer les renseignements suivants :

- vos prénom et nom,
- le numéro du contrat de prévoyance collective : contrat N° 284495311
- la raison sociale de votre employeur : HIRELINK

Pour les services complémentaires :

- Rapatriement, transport, présence d'un proche, garde des enfants, aide - ménagère à domicile...

La garantie Arrêt de travail ouvre droit à des services complémentaires. Un numéro de dossier doit être attribué pour la prise en charge et l'organisation de ces services. Vous ou vos proches devez alors nous téléphoner au :

01 72 59 51 60 (prix d'une communication locale)

7.5. En cas de réclamation

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 saisine du Médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 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 première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par **voie électronique** sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **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 suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

8. DÉFINITIONS

AAH

Allocation aux adultes handicapés.

Accident

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 infarctus (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

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

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

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.

AAEH

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

AJAP

Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

AJPA

Allocation journalière de proche aidant.

AJPP

Allocation journalière de présence parentale.

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.

CAF

Caisse d'allocations familiales.

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.

CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie.

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 ou adoptif.

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 (*AAEH* ou *AAH*), sous réserve que cette allocation lui ait été attribuée avant son 21^e 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.

MDPH

Maison départementale des personnes handicapées.

Notice d'information

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

PACS

Pacte civil de solidarité.

Partenaire

Personne liée à l'assuré par un 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)

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 PASS.
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre 1 et 4 fois le PASS.

Votre interlocuteur AXA



Votre **Espace Client**

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

AXA vous répond sur :



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



N° IDU : FR232655_03PSOH

CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE D'ENTREPRISE

ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE

Merci de remplir cette attestation et de la remettre à votre employeur

Je, soussigné (prénom, nom), déclare avoir bien reçu la notice du contrat collectif obligatoire de prévoyance N° 284495311 que m'a remise mon employeur.

