

Prévoyance Entreprise

COMPASS GROUP FRANCE

dont le siège social est
40, boulevard de Dunkerque
13196 MARSEILLE CEDEX 20
(LE SOUSCRIPTEUR)

et

AXA France Vie

dont le siège social est
313, Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex
(L'ASSUREUR)

conviennent des dispositions suivantes formant
le contrat n° **228421810**

- régi par le Code des Assurances -

CONTRAT PREVOYANCE

Ce document contractuel est constitué des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 CONDITIONS GENERALES	5
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 - CATEGORIE ASSUREE	5
ARTICLE 4 - ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR EN CAS DE DEPLACEMENT COLLECTIF	5
ARTICLE 5 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	6
ARTICLE 6 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE	7
ARTICLE 7 - BASE DE L'ASSURANCE	8
ARTICLE 8 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES	8
ARTICLE 9 - COTISATION	9
ARTICLE 10 - EXCLUSIONS	9
ARTICLE 11 - DECLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR	10
ARTICLE 12 - RECLAMATION	11
ARTICLE 13 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	11
ARTICLE 14 - NOTICE D'INFORMATION	12
ARTICLE 15 - PRESCRIPTION	12
ARTICLE 16 - REVISION DU CONTRAT	12
ARTICLE 17 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE	13
ARTICLE 18 - COMPENSATION	13
CHAPITRE 2 DECES	14
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	14
ARTICLE 2 - MONTANT DU CAPITAL	14
ARTICLE 3 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE ET SITUATION DE FAMILLE RETENUE	15
ARTICLE 4 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES	16
ARTICLE 5 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	17
ARTICLE 6 - PREDECES	17
ARTICLE 7 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR A CELUI DE L'ASSURE	17
ARTICLE 8 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	18
CHAPITRE 3 DECES ACCIDENTEL	19
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	19
ARTICLE 2 - DEFINITIONS	19
ARTICLE 3 - MONTANT DU CAPITAL	19
ARTICLE 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	19
ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	20
CHAPITRE 4 RENTE EDUCATION	21
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	21
ARTICLE 2 - DECES DE L'ASSURE	21
ARTICLE 3 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR A CELUI DE L'ASSURE	21
ARTICLE 4 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE	22
ARTICLE 5 - MODALITES DE REGLEMENT	22
ARTICLE 6 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	22

CHAPITRE 5 INFIRMITE PERMANENTE ACCIDENTELLE	23
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 2 - DEFINITION	23
ARTICLE 3 - DETERMINATION DU TAUX D'INFIRMITÉ	23
ARTICLE 4 - MONTANT DU CAPITAL	23
ARTICLE 5 - BAREME D'INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE	24
ARTICLE 6 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	26
CHAPITRE 6 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.....	27
ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE	27
ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL.....	27
ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE	29
ARTICLE 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES	30
ARTICLE 5 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	31
ARTICLE 6 - CONTROLE MEDICAL.....	32
ARTICLE 7 - SUBROGATION	32
CHAPITRE 7 SERVICES D'ASSISTANCE	33
ASSISTANCE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE	33
ASSISTANCE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DE L'ASSURE.....	34
MISE EN ŒUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE	36
CHAPITRE 8 PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	37
ARTICLE 1 - PERSONNEL SOUS CONTRAT DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	37
ARTICLE 2 - PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT.....	37
ARTICLE 3 - CESSATION DE L'ASSURANCE DES GARANTIES EN CAS DE DECES	38
ARTICLE 4 - PERSONNEL CONCERNE	38
CHAPITRE 9 PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	39
ARTICLE 1 - PERSONNEL CONCERNE	39
CHAPITRE 10 MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX ANCIENS SALARIES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE	40
ARTICLE 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN.....	40
ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN.....	40
ARTICLE 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES	40
ARTICLE 4 - MODALITES DU MAINTIEN.....	41
ARTICLE 5 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE	41
ARTICLE 6 - PIÈCES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE	41
ARTICLE 7 - COTISATION	41
CHAPITRE 11 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE SANS SOLDE	42
ARTICLE 1 - GARANTIES	42
ARTICLE 2 - BASE DE L'ASSURANCE	42
ARTICLE 3 - COTISATION	42
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES	42

CHAPITRE 12 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE.....43

ARTICLE 1 - GARANTIES.....	43
ARTICLE 2 - BASE DES PRESTATIONS.....	43
ARTICLE 3 - COTISATION	43
ARTICLE 4 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES	43

CHAPITRE 13 FILIALES.....44

Au contrat est jointe pour en faire partie intégrante, la notice d'information établie par l'assureur en application de l'article L 141-4 du Code des Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75009 PARIS).

Le souscripteur déclare être pleinement informé de ce que l'assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à PARIS, en double exemplaire, le 26 février 2018.

Pour LE SOUSCRIPTEUR :

[Handwritten signature of Jean-Marc Cusset]

COMPASS GROUP FRANCE
Jean-Marc CUSSET
Service Régie - S.R.H - Charges Sociales

Pour L'ASSUREUR :

AXA France VIE
S.A au capital de 487 725 073 €
régi par le Code des Assurances
310 Terrasses de l'Arche
927 Nanterre Cedex
0 41 9 959 RCS Nanterre

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions visées au paragraphe 5.1, pour les garanties suivantes :

- DECES,
- RENTE EDUCATION,
- DECES ACCIDENTEL,
- INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE,
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

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

Article 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

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

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

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

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi, la résiliation intervenant le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

La catégorie assurée est ainsi définie : **les salariés relevant de la Convention Collective Nationale des cadres du 14 mars 1947 au titre des articles 4 et 4 bis et de l'article 36 de l'annexe I à ladite convention.**

Article 4 - ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR EN CAS DE DEPLACEMENT COLLECTIF

Tout déplacement collectif, à l'initiative de l'employeur, **de plus de cent salariés** doit être déclaré, à l'assureur **au moins 15 jours avant la date de départ** afin d'étudier dans quelles conditions les garanties peuvent être accordées.

En cas de non-déclaration préalable et de décès de plus de cent salariés au cours du déplacement collectif, les prestations prévues au contrat seront réduites dans le rapport 100 / nombre de décès.

Article 5 - ADMISSION A L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

5.1 Admission à l'assurance

Sont admis au contrat :

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

Les membres du personnel en arrêt de travail à la date d'effet du présent contrat sont assurés pour les garanties en cas de décès selon les conditions du Chapitre PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT. Ils continuent d'être assurés pour la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE au titre du contrat précédent celui-ci, la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE du présent contrat entrant en vigueur à la date de reprise du travail.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail).

Le souscripteur peut demander à l'assureur l'application des garanties aux salariés relevant d'un autre cas de suspension du contrat de travail. Après accord, cette extension fera l'objet d'un avenant au contrat.

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

5.2 Cessation de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat ; elle est suspendue pendant les congés (sans indemnisation du souscripteur) autres que maladie, accueil de l'enfant ou accident ; elle prend fin pour chaque assuré :

- à la date de sortie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 et au Chapitre 10,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

L'assurance prend fin, en tout état de cause, pour l'ensemble des assurés, à la date de résiliation du contrat sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 et au Chapitre 10.

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

5.3 Contrôle médical

Une preuve du bon état de santé sous forme de questionnaire médical et, le cas échéant, d'un examen médical passé à ses frais, est demandée par l'assureur, s'agissant des garanties sur la fraction du salaire excédant quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le montant et les modalités de garanties sont alors subordonnés à l'appréciation du risque par l'assureur qui notifiera sa décision au souscripteur, l'admission prenant effet le premier jour du mois civil qui suit la date de notification d'acceptation.

Article 6 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DECES AUX ASSURES EN INCAPACITE OU EN INVALIDITE INDEMNISES PAR LA SECURITE SOCIALE

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

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

6.1 Niveau de chaque garantie

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

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

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

6.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à celle définie à l'article 7. Toutefois, si après résiliation du présent contrat, l'assuré en 1ère catégorie d'invalidité au sens de la Sécurité sociale, exerce une activité professionnelle, la base des prestations est réduite de 40 %.

6.3 Revalorisation de la base des prestations

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

6.4 Cotisation

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

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

6.5 Fin du maintien de chaque garantie

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

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

Les prestations en cas de décès postérieur du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, cessent d'être garanties, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Article 7 - BASE DE L'ASSURANCE

7.1 Base de cotisation

La base de cotisation est le salaire annuel brut, afférent à l'exercice d'assurance considéré, déclaré par le souscripteur à l'Administration Fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques hors stock options, et primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail.

Elle inclut tous les salaires, même partiels versés par le souscripteur, que l'assuré soit ou non en arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant. Le salaire annuel brut ainsi déterminé est limité aux tranches A, B, C et D du salaire définies comme suit en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur pour l'année considérée :

- Tranche A : fraction du salaire limitée à un plafond,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre plafonds,
- Tranche C : fraction du salaire comprise entre quatre et huit plafonds,
- Tranche D : fraction du salaire comprise entre huit et douze plafonds.

7.2 Base des prestations

La base des prestations est égale à la base de la cotisation correspondant aux douze mois civils immédiatement antérieurs à la date du sinistre (pendant la première année d'existence du présent contrat, les mois civils antérieurs à sa date d'effet sont pris en compte pour autant qu'il s'agisse du même contrat de travail). Lorsque le contrat de travail a moins de douze mois, ledit salaire est rétabli sur une base annuelle.

Toutefois, lorsqu'à la date du sinistre, l'assuré est en arrêt de travail total pour maladie, accident ou accueil de l'enfant et indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, les douze mois civils retenus sont ceux immédiatement antérieurs à la date de début de l'arrêt de travail ayant entraîné le service, par la Sécurité sociale, de la prestation en cours.

Dans tous les cas, lorsqu'il y a réduction ou suppression du salaire au cours des douze mois civils concernés en raison d'un arrêt de travail pour maladie, accident ou accueil de l'enfant, le salaire pris en compte est celui que l'assuré aurait perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

Article 8 - REVALORISATION DES CAPITAUX DECES

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

Article 9 - COTISATION

9.1 Montant

La cotisation est fixée comme suit, en pourcentage de la base de la cotisation visée à l'article 7 :

- Tranche A : 1,70 %,
- Tranche B : 1,14 %,
- Tranche C : 1,70 %,
- Tranche D : 1,70 %

Les taux de cotisation ci-dessus sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2019 (hors évolutions réglementaires).

9.2 Paiement

La cotisation est payable trimestriellement, dans les conditions suivantes :

- dans le courant du mois qui suit chacun des trois premiers trimestres civils, le souscripteur verse la cotisation due au titre du trimestre écoulé,
- avant le 1er février de chaque année, le souscripteur verse le solde de la cotisation annuelle.

Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom de l'assureur ; ils sont établis par le souscripteur qui est seul responsable du versement de la cotisation auprès de l'assureur.

A défaut de paiement, l'assureur pourra mettre en demeure le souscripteur, suspendre et résilier le contrat selon les modalités du Code des Assurances.

Article 10 - EXCLUSIONS

Toutes garanties

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

- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,
- de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- 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 14ème 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 dix jours avant la date de départ le ou les salariés concernés.

Garanties décès accidentel, infirmité permanente consécutive à un accident et incapacité de travail / invalidité permanente

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

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'assuré,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation de l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) 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.

Garanties décès accidentel et infirmité permanente consécutive à un accident

L'assureur couvre les risques de DECES, de PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE d'AUTONOMIE ou d'INFIRMITÉ, consécutifs à un accident, dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'exclusion des accidents résultant :

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

Article 11 - DECLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur doit fournir :

- dans le courant du mois qui suit chacun des trois premiers trimestres civils :
 - le bordereau d'appel de cotisation du trimestre écoulé, dûment complété,
 - la liste des entrées et sorties au cours du trimestre écoulé avec les dates correspondantes,
- avant chaque 1er février, un état récapitulatif des salariés assurés l'année précédente, comportant les indications suivantes : nom et prénom, date de naissance, sexe, situation de famille, base de cotisation de l'année précédente, et s'il y a lieu, dates d'entrée et/ou de sortie au cours de ladite année.

En cas de sinistre, le souscripteur doit fournir, outre les pièces visées pour chaque garantie au Chapitre correspondant, l'ensemble des éléments nécessaires à l'application des garanties et, notamment, la déclaration de sinistre sur formulaire prévu à cet effet par l'assureur.

Tout déplacement professionnel d'un assuré dans un pays en état de guerre civile ou étrangère doit faire l'objet, avant le départ, d'une déclaration à l'assureur, qui se prononcera sur les conditions dans lesquelles l'assurance peut continuer de produire ses effets.

Article 12 - RECLAMATION

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

La situation de l'intéressé sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse lui sera adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, l'assuré peut faire appel au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante - La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et laisse toute liberté à l'assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 13 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la loi Informatique, fichiers et libertés, le souscripteur communique à l'assureur des informations nominatives relatives aux adhérents, pour la mise en oeuvre d'un traitement dont l'assureur est le responsable et dont les finalités sont la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution des garanties d'assurance.

Les destinataires des informations ainsi recueillies sont principalement les collaborateurs de l'assureur, ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités. Ces données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires, à la gestion ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès d'autres sociétés du groupe auquel il appartient. Elles pourront également être utilisées dans le cadre de traitements que l'assureur met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.

Les données à caractère personnel peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne, l'assureur ayant pris des garanties pour assurer un bon niveau de protection de ces données. Le site internet de l'assureur permet d'obtenir des détails sur la finalité des accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et les garanties de sécurité prises.

L'assureur est fondé à utiliser le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la gestion des rentes (autorisation donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés « CNIL » le 23 Janvier 2014).

Le souscripteur est informé que des offres complémentaires à adhésion facultative peuvent être proposées par le groupe AXA et ses partenaires aux salariés et/ou ex-salariés.

En retour, les adhérents ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Relation Clientèle de l'assureur.

Le souscripteur transmettra aux adhérents une copie de la notice d'information de l'assureur relative au traitement des données à caractère personnel.

Article 14 - NOTICE D'INFORMATION

Le souscripteur est légalement tenu :

- de remettre à chaque assuré une notice, établie par l'assureur, qui définit les garanties et leurs modalités d'application,
- d'informer l'assuré des modifications qu'il est prévu d'apporter à ses droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

Article 15 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

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

Article 16 - REVISION DU CONTRAT

Le souscripteur et l'assureur conviennent de se communiquer, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes de l'assurance.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire, ou un accord collectif, vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'assureur, ce dernier procédera, le cas échéant, pour la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'assurance.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

A défaut d'accord sur cette révision, le souscripteur comme l'assureur peut mettre fin au contrat, en dehors de la période de résiliation prévue à l'article 2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

Article 17 - MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, il est précisé que :

L'assureur est réputé fournir une couverture de risques et ne sera pas responsable ni tenu de payer l'indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Article 18 - COMPENSATION

Les opérations d'assurance découlant du contrat font l'objet d'un compte de résultats dont les modalités sont spécifiées par avenant.

Chapitre 2

DECES

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

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

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

La garantie a également pour objet :

- le versement d'un capital, en cas de PREDECES DU CONJOINT âgé de moins de 65 ans (du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin),
- en cas de DECES DU CONJOINT, non remarié, dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré et pendant l'existence du contrat, le versement aux enfants à charge d'un second capital.

Article 2 - MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7) :

- Assuré sans personne à charge :
 - Célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement : 180 %,
 - Marié : 180 %,
- Assuré avec personne(s) à charge :
 - Assuré avec une personne à charge : 250 %,
 - Majoration par personne à charge supplémentaire : 50 %.

Pour les membres du personnel salarié à temps complet, le capital garanti ne peut être inférieur à 300 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Un assuré lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) est assimilé à un assuré marié, à condition que l'assureur en ait connaissance dans les trois mois suivant le décès de l'assuré. Le partenaire lié par un PACS ou le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

L'assuré, ainsi que la personne vivant en concubinage avec lui, ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité par ailleurs.

2.1 Dispositions particulières

Tout assuré célibataire, veuf, divorcé ou séparé, et sans personne à charge peut renoncer au capital en cas de décès tel que prévu ci-dessus, et opter, en contrepartie, pour le versement d'un capital, de même montant, en cas d'invalidité entraînant le classement par la Sécurité sociale en 2ème catégorie d'invalides ou par équivalence s'il s'agit d'un accident du travail et pour le versement d'une indemnité de frais d'obsèques en cas de décès de l'assuré, dont le montant est fixé à 200 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale. L'indemnité est versée à la personne qui justifie avoir supporté les frais d'obsèques.

Ce choix peut s'effectuer à tout moment à condition que l'assuré ne soit pas en arrêt de travail pour maladie indemnisé par la Sécurité Sociale dans les trois mois suivant le jour de sa demande ; l'option choisie entre en vigueur le 1er jour du mois suivant la demande de l'assuré.

Cette option est levée le jour où l'intéressé n'est plus célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans personne à charge.

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

3.1 Définition des personnes à charge

Sont considérés comme personnes à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint si ce dernier en a la garde non partagée ou l'a eu jusqu'à leur majorité :

- lorsqu'ils sont mineurs,
- lorsqu'ils sont majeurs et âgés de moins de 27 ans s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - suivre des études secondaires ou supérieures n'entrant pas l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année,
 - suivre une formation en alternance, sous réserve que la rémunération n'excède pas 60% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) :
 - rémunérés par leur école,
 - effectuant un stage rémunéré en entreprise, dans le cadre de leur scolarité,
 - sous contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation,
 - être à la recherche d'un premier emploi inscrit à Pôle Emploi,
 - percevoir de la part de l'assuré une pension alimentaire
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975).

Les enfants du conjoint de l'assuré ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou de son concubin, remplissant les conditions visées ci-dessus, sont assimilés aux enfants de l'assuré, lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'assuré.

Les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité tels que définis à l'article 2.

Sont également considérés comme personne à charge, les descendants de l'assuré, ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou de son concubin, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu (article 196A bis du Code Général des Impôts).

3.2 Situation de famille retenue

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

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

Article 4 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES

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

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

4.1 Désignation type

Le capital est versé :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité à défaut à son concubin, tels que définis à l'article 2,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou du concubin, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge »,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

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

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

4.2 Désignation particulière

A toute époque, l'assuré a la faculté de faire une désignation particulière transmise à l'assureur ; elle peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil. Toutefois, la « majoration par personne à charge » est réservée à la personne y ayant ouvert droit ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique, sauf, s'agissant d'un enfant :

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

La réservation de la « majoration par personne à charge » est applicable sauf volonté contraire de l'assuré clairement exprimée dans la désignation particulière.

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

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

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

Article 5 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

L'assuré est reconnu comme étant atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'il est, soit classé par la Sécurité sociale en 3ème catégorie d'invalides, soit, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et qu'il bénéficie, de ce fait, de l'allocation correspondante de la Sécurité sociale.

La demande doit être faite avant la date d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale de l'assuré (ou pension pour inaptitude au travail). La perte totale et irréversible d'autonomie doit être constatée par l'assureur pendant l'existence du contrat. La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie Décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

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

Article 6 - PREDECES

Le capital est fixé à 20 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7) en cas de prédécès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin, âgé de moins de 65 ans.

Pour bénéficier du capital en cas de prédécès d'un partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou d'un concubin, l'assuré doit prouver sa domiciliation dans les mêmes conditions que celles visées à l'article 2.

Le capital est versé à l'assuré.

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

Lorsque le conjoint ou son partenaire lié par un Pacs ou son concubin, non (re)marié et non lié par un (nouveau) Pacs, décède dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré, et alors que le contrat est toujours en vigueur, un second capital est versé au profit des enfants qui, au décès de l'assuré, répondaient à la définition des enfants à charge visée à l'article 3, et y répondent encore au décès du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin.

Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est fixé à 100 % du capital versé au décès de l'assuré (article 2).

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

Article 8 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

DECES

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

- l'acte de décès,
- la copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré et, en tant que de besoin, la copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint,
- les pièces justificatives de la qualité de personne à charge :
 - l'extrait d'acte de naissance, le certificat de scolarité, l'attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Etudiants, la copie du contrat de formation en alternance,
 - l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,
 - la copie du dernier avertissement de l'impôt sur le revenu et l'attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes à charge au jour du décès,
- la photocopie du ou des livrets de famille,
- les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires :
 - l'extrait d'acte de naissance,
 - et, en tant que de besoin : le certificat d'hérédité ou l'acte de notoriété,
 - l'ordonnance ou le jugement de tutelle,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité, doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'assuré, par la production d'une copie :
 - du dernier avis d'imposition du concubin ou du partenaire,
 - du pacte civil de solidarité,
- le certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel).

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Doivent être adressés à l'assureur :

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

Chapitre 3

DECES ACCIDENTEL

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

Article 2 - DEFINITIONS

Accident

Par "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement extérieur, soudain, imprévisible et indépendant 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'accident vasculaire cérébral n'est pas considéré à ce titre comme un accident puisqu'un accident vasculaire cérébral est soudain mais pas de cause extérieure.

Article 3 - MONTANT DU CAPITAL

3.1 Montant du capital

Le montant du capital supplémentaire est fixé à 100 % du capital prévu au titre de la garantie DECES visé au Chapitre 2 (article 2) (à l'exclusion du minimum de 300 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale). De plus, ce capital supplémentaire est majoré forfaitairement de 16 000 euros.

Le capital versé dans le cadre de l'option ouverte aux assurés célibataires, veufs, divorcés, séparés, sans personne à charge est doublé dans le cas où le classement par la Sécurité sociale en 2^{ème} catégorie d'invalides, ou par équivalence s'il s'agit d'un accident du travail, est consécutif à un accident tel que défini à l'article 2.

3.2 Bénéficiaires du capital

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

Article 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

Article 5 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

Chapitre 4

RENTE EDUCATION

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet :

- en cas de DECES DE L'ASSURE, le service d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge, rente majorée lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère à la suite dudit décès,
- en cas de DECES DU CONJOINT (ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin) POSTERIEUR A CELUI DE L'ASSURE et tel que visé à l'article 3, la majoration de la rente éducation.

Article 2 - DECES DE L'ASSURE

2.1 Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fixé à 20 % de la base des prestations, limitée à la Tranche A des salaires, visée au Chapitre 1 (article 7).

La rente est servie au plus tard jusqu'à 26 ans inclus ou viagèrement aux enfants bénéficiaires des allocations pour personnes handicapées.

La rente annuelle est majorée de 100 % de son montant lorsque l'enfant est orphelin de ses deux parents à la date du décès de l'assuré.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de la rente, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date du décès de l'assuré et la date d'échéance de la rente. **En cas de résiliation du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de la résiliation.** Son montant sera alors égal au montant atteint à cette date.

2.2 Définition des enfants à charge

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

Article 3 - DECES DU CONJOINT POSTERIEUR A CELUI DE L'ASSURE

Lorsqu'après le décès de l'assuré, son conjoint ou son partenaire lié par un Pacs, non (re)marié ni lié par un (nouveau) Pacs ou son concubin, décède avant son 65ème anniversaire, et alors que le contrat est toujours en vigueur, la rente est majorée de 100 % de son montant.

Lorsque les deux conjoints (ou partenaires liés par un Pacs ou concubins) décèdent du fait d'un même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'enfant est considéré comme orphelin de père et de mère et bénéficie de la majoration telle que visée au paragraphe 2.1.

Article 4 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE

La rente prend effet le lendemain du jour du décès de l'assuré.

La majoration de la rente prend effet, selon le cas :

- le lendemain du jour du décès de l'assuré, lorsque l'enfant est orphelin de ses deux parents à la suite du décès de l'assuré,
- le premier jour du trimestre civil suivant le décès du conjoint ou du partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité ou du concubin notoire, s'agissant du décès du conjoint postérieur à celui de l'assuré (ou, en même temps que la rente, lorsque l'assuré et le conjoint décèdent du fait d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès).

La rente cesse d'être due à compter du jour où les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge ne sont plus remplies.

Article 5 - MODALITES DE REGLEMENT

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil, le premier et le dernier paiements étant calculés prorata temporis ; elle est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

Article 6 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

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

Chapitre 5

INFIRMITE PERMANENTE ACCIDENTELLE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas d'INFIRMITE PERMANENTE de l'assuré consécutive à un **accident** survenu pendant la période d'assurance et tel que visé à l'article 2, sous réserve que l'infirmité soit constatée dans le délai visé audit article.

Article 2 - DEFINITION

Par "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'assuré.

Pour ouvrir droit au versement du capital, l'atteinte corporelle doit être constatée dans les douze mois (de date à date) qui suivent l'accident. Lorsque la consolidation n'est pas intervenue dans les vingt-quatre mois (de date à date) qui suivent l'accident, l'état de l'assuré est apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

Article 3 - DETERMINATION DU TAUX D'INFIRMITE

Le taux d'infirmité, déterminé d'après le barème faisant l'objet de l'article 5, est estimé en fonction de la capacité existant à la veille de la date de l'accident ouvrant droit à prestation. Une fois fixé, en cas d'aggravation ultérieure de l'atteinte corporelle, le taux ne peut donner lieu à révision.

Article 4 - MONTANT DU CAPITAL

Le montant du capital est égal au produit des deux éléments ci-après :

- d'une part, le taux d'infirmité,
- d'autre part, le montant du capital fixé à 16 000 euros.

Article 5 - BAREME D'INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE

- Cécité totale : 100 %
- Aliénation mentale incurable et totale : 100 %
- Perte des deux bras ou des deux mains : 100 %
- Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique : 100 %
- Ablation de la mâchoire inférieure : 100 %
- Perte de la parole : 100 %
- Perte d'un bras et d'une jambe : 100 %
- Perte d'un bras et d'un pied : 100 %
- Perte d'une main et d'une jambe : 100 %
- Perte d'une main et d'un pied : 100 %
- Perte des deux jambes : 100 %
- Perte des deux pieds : 100 %

INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Tête

- Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :
 - Surface d'au moins 6 centimètres carrés : 40 %
 - Surface de 3 à 6 centimètres carrés : 20 %
 - Surface inférieure à 3 centimètres carrés : 10 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire : 40 %
- Perte d'un oeil : 40 %
- Surdité complète d'une oreille : 30 %

Membres supérieurs

- | | Droit | Gauche |
|---|--------|--------|
| • Perte d'un bras ou d'une main | : 60 % | 50 % |
| • Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable) | : 50 % | 40 % |
| • Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs) | : 65 % | 55 % |
| • Paralysie complète du nerf circonflexe | : 20 % | 15 % |
| • Ankylose de l'épaule | : 40 % | 30 % |
| • Ankylose du coude (en position favorable 15° autour de l'angle droit) | : 25 % | 20 % |
| • Ankylose du coude (en position défavorable) | : 40 % | 35 % |
| • Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable) | : 40 % | 30 % |
| • Paralysie complète du nerf médian | : 45 % | 35 % |
| • Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion) | : 40 % | 35 % |
| • Paralysie complète du nerf radial (à l'avant-bras) | : 30 % | 25 % |
| • Paralysie complète du nerf radial (à la main) | : 20 % | 15 % |
| • Paralysie complète du nerf cubital | : 30 % | 25 % |

• Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation)	: 20 %	15 %
• Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	: 30 %	25 %
• Perte totale du pouce	: 20 %	15 %
• Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	: 10 %	5 %
• Ankylose totale du pouce	: 20 %	15 %
• Amputation totale de l'index	: 15 %	10 %
• Amputation de deux phalanges de l'index	: 10 %	8 %
• Amputation de la phalange unguéale de l'index	: 5 %	3 %
• Amputation simultanée du pouce et de l'index	: 35 %	25 %
• Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index	: 25 %	20 %
• Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	: 12 %	8 %
• Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	: 20 %	15 %
• Amputation de quatre doigts y compris le pouce	: 45 %	40 %
• Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé	: 40 %	35 %
• Amputation du médius	: 10 %	8 %
• Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index et le médius	: 7 %	3 %

Membres inférieurs

• Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	: 60 %
• Amputation de la cuisse (moitié inférieure) et de la jambe	: 50 %
• Perte totale du pied (désarticulation tibio-tarsienne)	: 45 %
• Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragaliennes)	: 40 %
• Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne)	: 35 %
• Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne)	: 30 %
• Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs)	: 60 %
• Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe	: 30 %
• Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne	: 20 %
• Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne)	: 40 %
• Ankylose de la hanche	: 40 %
• Ankylose du genou	: 20 %
• Perte de substance osseuse étendue de la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	: 60 %
• Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	: 40 %
• Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	: 20 %
• Raccourcissement d'au moins 5 cm du membre inférieur	: 30 %
• Raccourcissement du membre inférieur de 3 à 5 cm	: 20 %
• Raccourcissement du membre inférieur de 1 à 3 cm	: 10 %

- Amputation totale de tous les orteils : 25 %
- Amputation de quatre orteils dont le gros orteil : 20 %
- Amputation de quatre orteils : 10 %
- Ankylose du gros orteil : 10 %
- Amputation de deux orteils : 5 %
- Amputation d'un orteil (autre que le gros) : 3 %

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50 % du capital pour la perte desdits organes.

MODALITES D'APPLICATION DU BAREME

Si l'assuré est gaucher, les taux prévus au présent barème pour les différentes infirmités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis.

Les infirmités ne figurant pas au barème sont appréciées par comparaison avec les cas énumérés.

En cas d'infirmités multiples provenant soit d'un même accident, soit d'accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100.

Article 6 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'assureur :

- à l'origine : déclaration de l'accident indiquant la date, le lieu et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, accompagnée d'un certificat médical comportant la description détaillée des blessures et indiquant les conséquences qui peuvent éventuellement en découler,
- dès consolidation de l'état de l'assuré : certificat du médecin traitant indiquant les conséquences définitives de l'accident accompagné de toute pièce de nature à permettre une exacte appréciation de l'état de l'assuré ainsi que la détermination du taux d'infirmité.

Toute difficulté d'ordre médical pourra être réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, ces deux médecins en désigneront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

L'assuré est tenu de recourir immédiatement aux soins médicaux nécessaires et de suivre soigneusement les prescriptions du médecin traitant ; l'aggravation due au retard, à la négligence ou à l'inobservation du traitement médical de la part de l'assuré sera considérée comme résultant du fait volontaire ou intentionnel et par la-même exclue de la garantie car ne résultant pas d'un accident.

La preuve du caractère accidentel de l'infirmité permanente incombe à l'assuré.

Chapitre 6

INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, le service :

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

sous réserve :

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

et

- de l'application de l'article 6.

Article 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

2.1 Franchise

L'indemnité journalière est versée après une période d'arrêt de travail appelée "franchise".

· **Personnel ayant plus d'un an d'ancienneté**

La franchise est égale à la période de maintien de salaire résultant des accords en vigueur chez le souscripteur, et, au plus tôt à compter du 241^{ème} jour discontinu d'interruption totale de travail.

· **Personnel ayant moins d'un an d'ancienneté**

L'indemnité journalière est versée au plus tôt à compter du 241^{ème} jour discontinu d'interruption totale de travail. Sont inclus dans ce délai les arrêts pour incapacité totale temporaire intervenus au cours des 365 jours précédant l'arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestation.

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité au service du souscripteur et doit l'interrompre moins de deux mois après pour la même cause (sous réserve de l'existence du contrat), le service de l'indemnité journalière reprend dès le premier jour de la nouvelle interruption de travail.

En cas d'épuisement des droits au maintien de salaire et de nouvel arrêt de travail, l'indemnisation intervient après la franchise de la Sécurité Sociale.

Toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique indemnisé comme tel par la Sécurité sociale est prise en compte pour la détermination de la franchise, mais les congés d'accueil de l'enfant ou d'adoption ne sont pas comptabilisés

2.2 Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 80 % de la 365ème partie de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7), sous déduction de l'indemnité de la Sécurité sociale à la date de l'arrêt de travail et du salaire éventuellement maintenu par le Souscripteur.

Ce montant est majoré de 5 % de ladite base lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus.

Les enfants à charge sont ceux définis au Chapitre 2 (article 3).

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

A partir de la date de rupture du contrat de travail, le montant de l'indemnité journalière est révisé de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré (indemnité journalière de la Sécurité sociale majorée des prestations de l'assureur, y compris la majoration pour enfant à charge prévue ci-dessus) ne puisse excéder 100 % de la 365ème partie du salaire net imposable correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 7).

Lorsque l'assuré perçoit une majoration pour enfant à charge au titre du présent chapitre et éventuellement au titre de la Sécurité sociale, l'indemnité journalière est réduite, le cas échéant, de façon à ce que son cumul avec celle de la Sécurité sociale (ramené à sa valeur journalière) ne puisse excéder 100 % de la base des prestations ou, en cas de rupture du contrat de travail, 100 % du salaire net imposable.

Lorsqu'un assuré reprend son travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, le montant de l'indemnité journalière est limité à la différence entre, d'une part, le salaire qui aurait été perçu si l'assuré avait travaillé à temps plein, d'autre part, le cumul du salaire effectif et de l'indemnité journalière maintenue par la Sécurité sociale.

L'indemnité journalière est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance. **En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation.** Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

2.3 Cessation de l'indemnité journalière

Le service de l'indemnité journalière cesse :

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

2.4 Modalités de règlement

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

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

Article 3 - INVALIDITE PERMANENTE

3.1 Montant de la rente

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

Il est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7) :

- 1ère catégorie : 48 %,
- 2ème catégorie : 80 %,
- 3ème catégorie : 80 %,

sous déduction de la rente de la Sécurité sociale dont le montant est ramené à la date de début de l'arrêt de travail compte tenu de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre cette date et la date de passage en invalidité.

Les pourcentages ci-dessus sont majorés comme suit, en pourcentage de la base des prestations, lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus :

- 1ère catégorie : 3 %,
- 2ème catégorie : 5 %,
- 3ème catégorie : 5 %.

Les enfants à charge sont ceux définis au Chapitre 2 (article 3).

Le montant de la rente d'invalidité de l'assureur est limité de façon que l'ensemble des revenus de l'assuré, y compris la majoration pour enfant à charge prévue ci-dessus, ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 7), revalorisé entre la date d'arrêt de travail et la date d'échéance.

La rente est revalorisée, dans la limite des ressources du fonds de revalorisation, à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance. **En cas de résiliation de la garantie ou du contrat, la rente cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation.** Le montant de la rente sera alors égal à celui atteint à la date de résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait génératrice, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

S'agissant d'un assuré classé en 1ère catégorie d'invalides, et exerçant toujours une activité chez le souscripteur, le montant de la rente de l'assureur est limité de façon que cumulé au salaire net imposable perçu du fait de son activité et à la rente de la Sécurité sociale perçue, l'ensemble des revenus de l'assuré, y compris la majoration pour enfant à charge prévue ci-dessus, ne puisse excéder **100 % du salaire net imposable** correspondant à une activité à temps plein. Toutefois, ce montant ne peut en aucun cas excéder celui qui serait versé si l'assuré n'exerçait pas d'activité.

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

Dès qu'il est constaté, pour un assuré exerçant une activité chez un autre employeur, que le cumul des rentes (assureur et Sécurité sociale), de tout salaire (net imposable), de toute prestation du Pôle Emploi, excède 100 % du salaire net imposable, correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 7), et revalorisé jusqu'à la période considérée, la rente est réduite à concurrence du dépassement constaté. Pour ce faire, les éléments pris en compte sont ramenés à la période considérée.

3.2 Définition des catégories d'invalides

Les catégories d'invalides sont ainsi définies :

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

3.3 Effet et cessation de la rente

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

3.4 Modalités de règlement

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

Article 4 - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

Montant de la rente

Taux égal ou supérieur à 66 % :

Le montant annuel de la rente est fixé à 80 % de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale.

La rente est majorée de 5 % de ladite base lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus.

Taux au moins égal à 33 % et inférieur à 66 % :

Le montant annuel de la rente est fixé comme suit, en pourcentage de la base des prestations visée au Chapitre 1 (article 7), sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité sociale :

$$80 \% \times (3/2) \times N$$

N représente le taux d'incapacité permanente déterminé par la Sécurité sociale.

La rente est majorée de 5 % de ladite base lorsque l'assuré a deux enfants à charge et plus.

Dans tous les cas, les revenus de l'assuré sont limités à **100 % du salaire net imposable** correspondant à la base des prestations définie au Chapitre 1 (article 7) dans les conditions prévues à l'article 3.

Les enfants à charge sont ceux définis au Chapitre 2 (article 3).

Effet et cessation de la rente, revalorisation

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

Article 5 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

- avis d'interruption de travail dûment complété par le souscripteur,
- attestation de l'employeur mentionnant les salaires (bruts et nets imposables) de la période retenue pour la base des prestations,
- le certificat médical du médecin traitant,
- le certificat médical détaillé, fourni par l'assureur, à adresser au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail,
- décomptes et notifications de la Sécurité sociale,
- pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge,
- s'agissant d'un assuré reprenant le travail mais toujours indemnisé par la Sécurité sociale (mi-temps thérapeutique ou 1ère catégorie d'invalides) : attestations de salaire,
- s'agissant d'un assuré classé en 1ère catégorie d'invalides et ne travaillant pas : déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle,
- le cas échéant, attestation et décompte des prestations du Pôle Emploi,
- photocopie d'une pièce d'identité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance,
- à la mise en place de la rente d'invalidité, et chaque année, la copie du dernier avis d'imposition,
- en cas de rupture du contrat de travail, ou bien lorsque l'assuré souhaite recevoir sa rente d'invalidité par virement : un relevé d'identité bancaire.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

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

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

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

Article 6 - CONTROLE MEDICAL

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou d'incapacité permanente de l'assuré. Dans ce cas, les honoraires du médecin chargé par l'assureur de réaliser cette expertise sont réglés par l'assureur.

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

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

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

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

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

Article 7 - SUBROGATION

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

Chapitre 7

SERVICES D'ASSISTANCE

Mise en place de SERVICES D'ASSISTANCE, selon les dispositions visées ci-dessous. La garantie a pour objet la mise en œuvre de services d'assistance en cas de décès accidentel ou d'atteinte corporelle grave de l'assuré.

Assistance en cas de décès accidentel de l'assuré

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

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

Il prend en charge :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistance en cas d'arrêt de travail de l'assuré

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

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

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

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

Il dirige alors l'assuré :

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

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

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

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

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

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

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

- **l'acheminement d'un proche à son chevet** si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 km de son domicile. Pour cela, l'assureur lui fournit un billet aller-retour en train 1ère classe ou en avion classe économique.
- **la garde des enfants et petits-enfants de l'assuré** s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que l'assuré ne peut en assurer la garde :
 - soit en permettant la venue d'un proche à son domicile (en train 1ère classe ou avion classe économique) ;
 - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche (en train 1ère classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;
 - soit en confiant la garde des enfants au domicile de l'assuré à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Cette prestation est limitée à 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.
- **une aide - ménagère à domicile**
L'assureur recherche et prend en charge les services d'une aide - ménagère à domicile pour assurer les tâches domestiques de l'assuré. Pour bénéficier de cette prestation, ce dernier doit en faire la demande à l'assureur dans les 8 jours suivant son immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. **L'assureur limite toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant l'atteinte corporelle grave.** La durée de présence de l'aide - ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assureur, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

Mise en œuvre des services d'assistance

Modalités d'intervention de l'assureur

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services d'assistance, l'assuré ou l'un de ses proches doit impérativement contacter l'assureur au numéro indiqué sur la notice d'information.

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

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

Limitation des engagements de l'assureur

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

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

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

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

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

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

L'assureur ne peut pas se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et il ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Chapitre 8

PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

Les membres du personnel relevant de la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), en incapacité ou invalidité à la date d'effet du présent contrat et percevant des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale, sont assurés pour les garanties en cas de décès, dans les conditions suivantes, pour autant qu'elles soient en vigueur.

Article 1 - PERSONNEL SOUS CONTRAT DE TRAVAIL A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

1.1 Garanties

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

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

1.2 Base des prestations

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que visé au Chapitre 1 (article 7), afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé à compter du premier jour du mois qui suit la date anniversaire de l'arrêt de travail, selon l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès ou la date de la résiliation du présent contrat si le décès est postérieur à ladite date de résiliation.

1.3 Montant

Le montant des prestations assurées est calculé, pour les garanties assurées définies au paragraphe 1.1, en fonction de la base des prestations revalorisée comme indiqué au paragraphe 1.2.

1.4 Revalorisation des rentes

Les rentes sont revalorisées selon les dispositions prévues au chapitre correspondant.

Article 2 - PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

2.1 Garanties

Les garanties en cas de décès assurées au titre du présent contrat sont celles en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail.

2.2 Montant

Le montant des prestations assurées est calculé sur la base des garanties en vigueur à la date de rupture du contrat de travail, revalorisées entre la date de l'arrêt de travail et la date du décès ou la date de résiliation de la garantie ou du contrat, si le décès est postérieur à ladite date de résiliation.

2.3 Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires sont ceux auxquels la prestation de base (prestation hors revalorisation) est versée par l'assureur la garantissant.

2.4 Revalorisation des rentes

Les rentes sont revalorisées selon les dispositions prévues au chapitre correspondant.

Article 3 - CESSATION DE L'ASSURANCE DES GARANTIES EN CAS DE DECES

L'assurance des garanties prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'incapacité ou de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- en cas de résiliation de la garantie intervenant pendant l'existence du contrat pour le personnel sous contrat de travail.

Les prestations en cas de décès postérieur du conjoint de l'assuré, ou de son partenaire lié par un Pacs, cessent d'être garanties, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Article 4 - PERSONNEL CONCERNE

La liste du personnel concerné fait l'objet d'un avenant spécifique.

Chapitre 9

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

L'assureur prend en charge, pour les prestations périodiques en cours de service à la date d'effet du présent contrat, le montant de la revalorisation postérieure à cette date.

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

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

Article 1 - PERSONNEL CONCERNÉ

La liste du personnel concerné fait l'objet d'un avenant spécifique.

Chapitre 10

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

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

Article 1 - BENEFICIAIRES DU MAINTIEN

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

Le maintien des garanties n'est pas accordé :

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

Article 2 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU MAINTIEN

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

Article 3 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

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

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

Article 4 - MODALITES DU MAINTIEN

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

Par exception, l'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires ne pourra conduire à des revenus supérieurs au montant des allocations chômage versées le jour de son arrêt de travail. La base des prestations est reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt, dans le cas où il ne percevait pas d'allocations.

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

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

Article 5 - MODALITES D'INFORMATION DE L'ASSUREUR ET DE L'ANCIEN SALARIE

Après l'avoir complété et signé, le souscripteur transmettra à l'assureur, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet. Il remettra à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée ainsi que de la notice d'information précisant les conditions du maintien.

Article 6 - PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

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

Article 7 - COTISATION

Le coût du maintien de l'assurance est, par mutualisation, inclus dans la cotisation prévue pour le personnel en activité.

Chapitre 11

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE CONGE SANS SOLDE

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- CONGE DE CONVERSION
- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE POUR CREATION D'ENTREPRISE,
- CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION,
- CONGE SABBATIQUE.

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

Article 1 - GARANTIES

Les garanties maintenues sont,

- DECES,
- DECES ACCIDENTEL.

Article 2 - BASE DE L'ASSURANCE

La base de cotisation et des prestations est le salaire annuel brut tel que défini au Chapitre 1 (article 7), limité aux tranches A, B et C du salaire, afférent aux douze derniers mois d'activité et revalorisé, selon l'évolution de la valeur du point de retraite de l'AGIRC entre la date du sinistre et le début du congé.

Article 3 - COTISATION

La cotisation est fixée comme suit en pourcentage de la base des prestations définie au paragraphe « Base de l'assurance »,

- Tranche A : 0,81 %,
- Tranche B : 0,52 %,
- Tranche C : 0,81 %.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin du congé,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 12

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE RETRAITE

L'assurance est maintenue, conformément aux dispositions ci-après, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée au Chapitre 1 (article 3), mis en position de retraite, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée à l'assureur dans le mois qui suit la date de rupture du contrat de travail. **Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.** La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la cessation d'activité.

Article 1 - GARANTIES

Seule la garantie DECES est maintenue.

Article 2 - BASE DES PRESTATIONS

La base des prestations est le salaire annuel brut tel que défini au Chapitre 1 ([article 7](#)), correspondant aux douze derniers mois d'activité (à l'exclusion de toute prime liée au départ de l'assuré).

Article 3 - COTISATION

Le maintien de l'assurance ne donne pas lieu à versement de cotisation.

Article 4 - CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien de l'assurance cesse :

- un an, jour pour jour, après la date d'effet de la garantie individuelle,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Chapitre 13

FILIALES

Les dispositions du contrat sont étendues aux filiales du souscripteur citées ci-après, pour le compte desquelles le souscripteur agit :

- **EVHREST**
- **SERVIREST**
- **SOPREGI**
- **SOPREGIM**

Un décompte de prime sera établi pour chaque filiale et toute correspondance nécessaire au bon fonctionnement de l'assurance lui sera directement adressée.

Il est précisé, en outre, que le souscripteur et l'assureur sont seuls habilités à convenir des conditions et de durée de l'assurance.

