

**Notice  
d'information  
valant  
conditions  
générales**



**Santé TNS**

Assuré d'avancer



Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a été conclu entre :

**l'Association** dénommée au certificat d'adhésion, d'une part,

et

**Groupama Gan Vie**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 €

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

ci-après dénommé « **l'Assureur** », d'autre part.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants ainsi que par l'article L.144-1 dudit Code. Le régime fiscal des cotisations et des prestations est déterminé à l'article 154 bis du Code général des impôts. Vos déclarations servent de base à l'application des garanties. Il est précisé que ce contrat remplit les conditions posées par la réglementation en vigueur relative aux « **contrats solidaires et responsables** ».

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet au 1<sup>er</sup> avril 2015, pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il a été modifié au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Le contrat se reconduit ensuite tacitement le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un (1) an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux (2) mois au moins avant chaque date de reconduction.**

### Prescription :

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

**1°** en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

**2°** en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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 le souscripteur, l'adhérent ou son ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé) jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil).

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

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

**Le délai de prescription peut être interrompu également par :**

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception (adressés par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressés par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

### Renonciation :

Si vous avez été démarché à votre domicile, votre résidence ou sur votre lieu de travail, ces dispositions vous concernent :

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile ou à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de quatorze (14) jours révolus à compter de la date d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter des pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de quatorze (14) jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

Si votre contrat a été conclu à distance (par internet, par téléphone, par courrier ou par fax), ces dispositions vous concernent :

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat dans un délai de quatorze (14) jours révolus à compter soit de la date d'adhésion soit de la date d'envoi de votre certificat d'adhésion si elle est postérieure, sans motif ni pénalité.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de quatorze (14) jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

### Comment exercer votre droit de renonciation dans les deux cas précités ?

Vous pouvez renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception adressé à l'assureur selon le modèle de rédaction ci-dessous « *Je soussigné(e) (Nom prénom, adresse) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat « SANTÉ - LOI MADELIN » (nom de contrat et/ou n° d'adhésion à préciser) conclu*

- suite à un démarchage à mon domicile\*

ou

- à distance\*

\* selon la situation

*le .../.../... et demande le remboursement de la cotisation versée déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur. » (Date et signature)*

La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique par l'assureur.

En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'assureur est tenu de vous rembourser le solde des cotisations au plus tard dans les trente (30) jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

# Sommaire

<b>Titre I</b>	Généralités .....	3
<b>Article 1</b>	Objet du contrat .....	3
<b>Article 2</b>	Définitions .....	3
<b>Titre II</b>	Exécution du contrat .....	8
<b>Article 3</b>	Adhésion des membres de l'association contractante .....	8
<b>Article 4</b>	Date d'effet, durée et reconduction de l'adhésion .....	8
<b>Article 5</b>	Personnes garanties .....	8
<b>Article 6</b>	Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties .....	8
<b>Article 7</b>	Cessation de l'adhésion et des garanties .....	9
<b>Article 8</b>	Information des adhérents .....	9
<b>Article 9</b>	Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme .....	9
<b>Titre III</b>	Cotisation .....	13
<b>Article 10</b>	Cotisation .....	13
<b>Titre IV</b>	Révision .....	14
<b>Article 11</b>	Révision .....	14
<b>Titre V</b>	Remboursement des frais de santé .....	15
<b>Article 12</b>	Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements .....	15
<b>Article 13</b>	Montant des remboursements .....	16
<b>Article 14</b>	Risques exclus .....	17
<b>Article 15</b>	Règlement des prestations - Déchéance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire .....	17
<b>Titre VI</b>	Autres indemnités .....	19
<b>Article 16</b>	Naissance - Adoption .....	19
<b>Article 17</b>	Cure thermale .....	19
<b>Titre VII</b>	Services tiers payant et calcul des frais restant à charge .....	20
<b>Article 18</b>	Tiers payant .....	20
<b>Article 19</b>	Calcul des frais restant à la charge de l'adhérent .....	20
<b>Annexe 1</b>	Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires .....	21
<b>Annexe 2</b>	Texte(s) réglementaire(s) .....	22
<b>Annexe 3</b>	Tableau des garanties	

# → Titre I - Généralités

## Article 1 – *Objet du contrat*

Ce contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale, a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé que vous engagez et, sous réserve d'une inscription dans la catégorie « Famille », de ceux qui sont engagés par vos ayants droit définis à l'article 2 « Définitions » ci-après.

La présente notice d'information est complétée d'une part par une annexe 3 intitulée « Tableau des garanties » indiquant notamment la ou les formules de garanties proposées(s), les montants de prestations y afférents, et d'autre part, par un certificat d'adhésion prévu à l'article 3 ci-après.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 12 « Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements », au titre V et à l'annexe 3 précitée.

Des services (Assistance, Infos santé...) peuvent être proposés sous réserve de mentions en ce sens au certificat d'adhésion.

## Article 2 – *Définitions*

Pour l'application du contrat, les définitions suivantes sont retenues :

**ACCIDENT** → Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

**ADHÉRENT** → Vous-même, en qualité de personne physique, âgée de moins de soixante-sept (67) ans à la date de signature de votre demande d'adhésion, dans la mesure où vous répondez aux conditions d'adhésion prévues à l'article 3, et :

- relevez d'un Régime obligatoire de protection sociale non agricole en qualité de Travailleur non-salarié ;
- êtes imposé à l'impôt sur le revenu dans la catégorie BIC ou BNC ou relevez de l'article 62 du Code général des impôts au titre des revenus issus de cette activité ;
- êtes membre (ou devenez membre) de l'association contractante ;
- adhérez au contrat conclu entre l'association et nous.

L'adhérent est obligatoirement l'assuré.

**AIDES AUDITIVES** → Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif.

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs

**AN (PAR AN) OU (PAR PÉRIODE D'UN AN) - (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) - (PAR PÉRIODE DE 4 ANS)** → Pour les postes « Optique » et « Aides auditives », la réglementation impose une période minimale de renouvellement, pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement.

En ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes, la période d'un (1) an, de deux (2) ans, ou de six (6) mois prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement complet par la personne assurée ou du dernier élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.

En ce qui concerne les frais d'acquisition d'un appareil auditif, la période de quatre (4) ans prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de celui-ci. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Pour les autres frais et sauf stipulation contraire expresse figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties » du contrat, la mention « par an » signifie « par année civile ».

**ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE** → Il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses...) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale.

Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales

**AUXILIAIRES MÉDICAUX** → Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonyme : professionnel paramédical

**AYANT(S) DROIT** → Pour l'application des dispositions du contrat et indépendamment des définitions du Régime obligatoire de protection sociale, peuvent être considérés comme ayants droit :

- votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ;
- vos enfants à charge.

**AYANT(S) DROIT AU SENS DE LA RÉGLEMENTATION ANTÉRIEURE À LA MISE EN PLACE DE LA PUMA** → Pour l'application des dispositions du contrat et indépendamment des définitions du Régime obligatoire de protection sociale, peuvent être considérés comme ayants droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMA) :

- votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ;
- vos enfants mineurs ;
- ainsi que, jusqu'à vingt (20) ans, vos enfants majeurs poursuivant leurs études ou qui sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié du fait de leur état de santé ;

lorsque ces personnes ne sont rattachées à aucun régime professionnel obligatoire de sécurité sociale.

Si vous souhaitez garantir vos ayants droit dans le cadre de votre adhésion au contrat (catégorie « Famille ») et selon le Régime obligatoire de protection sociale dont ils dépendent, deux possibilités d'adhésion vous sont offertes :

- Vos ayants droit (**vos conjoint ou partenaire ou concubin et enfant(s) à charge**) peuvent être considérés comme ayants droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA : dans ce cas, vous pouvez demander à bénéficier du contrat ci-après dénommé « **Madelin 1** » et vous bénéficiez de la déductibilité de cotisation liée à l'article 154 bis du Code général des impôts pour l'intégralité de la cotisation.
- L'un de vos ayants droit, au moins, ne peut être considéré comme ayants droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA et relève de son propre Régime obligatoire de protection sociale : dans ce cas, vous pouvez demander à bénéficier du contrat ci-après dénommé « **Madelin 2** » ou « **Madelin partiel** ».

Dans le cadre du contrat « Madelin 2 » :

- vous bénéficiez de la fiscalité liée à l'article 154 bis du Code général des impôts pour la seule fraction de la cotisation afférente à votre propre couverture,
- la fraction de la cotisation afférente à la couverture de **l'ensemble de vos ayants droit** (y compris ceux qui peuvent être considérés comme ayant droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA) n'ouvre droit à aucune déductibilité fiscale.

**Par ailleurs, vous vous engagez par avance à déclarer à l'assureur toute modification du Régime obligatoire de protection sociale de l'un de vos ayants droit, dès que celle-ci intervient.**

Si vous ne souhaitez pas que vos ayants droit soient garantis au titre du contrat, vous pouvez demander à bénéficier du contrat « Madelin 1 » uniquement pour vous-même (catégorie « Isolé »).

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 1 » ou « Madelin 2 ».

**BASE DE REMBOURSEMENT (BR)** → Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, tarif de remboursement du Régime obligatoire.

**100% SANTÉ** → Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurées) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100% santé », qui sont définis réglementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** → Document contractuel que nous vous remettons et qui précise nos engagements réciproques en complément de la notice d'information et de ses annexes.

**CHIRURGIE RÉFRACTIVE** → Désigne les différentes techniques chirurgicales (telle notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

**CONCUBINAGE** → Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

**CONCUBIN** → Personne avec laquelle vous vivez en concubinage :

- dans la mesure où vous et votre concubin partagez le même domicile, êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS) et qu'une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité sociale et celui de votre concubin est adressée à l'assureur,

et :

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » : ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez ;
- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 1 » ou « Madelin 2 ».

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à votre charge effective totale et permanente sera pris en considération. À défaut, ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

**Si vous vous mariez ou remariez ou si vous concluez un PACS, le concubin ne peut plus être considéré comme ayant-droit.**

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

**CONJOINT** → Personne avec laquelle vous êtes marié, non séparée de corps judiciairement :

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » : ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez.
- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 1 » ou « Madelin 2 ».

**CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE »** → Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ; les dispositions de ce dernier figurent en annexe 2 de la présente notice d'information).

Les complémentaires santé « responsables » doivent :

- prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'annexe 2 de la présente notice) ;
- prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » ;

Cette prise en charge doit intervenir dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes et de certaines prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » (couronnes, bridges et inlay core) et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 en ce qui concerne les frais d'acquisition d'aides auditives et de certaines autres prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » (prothèses amovibles).

- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
  - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définies ci-après,
  - et limiter en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge de frais d'acquisition de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) n'appartenant pas au panier « 100% santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire :
  - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des plafonds et plafonds prévus par la réglementation (intégrant un remboursement plafonné des montures) et respecter la fréquence de prise en charge de ces frais ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100% santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire :
  - fixer le montant de leur remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.

Les complémentaires santé « responsables » doivent également permettre à la personne assurée de bénéficier, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de tiers payant tel que défini à l'article 18 «Tiers payant» ci-dessous.

**En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas :**

- **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de seize (16) ans ou plus :**
  - n'a pas choisi de médecin traitant,
 ou
  - consulte un médecin hors parcours de soins ;
- **tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

**DENTAIRE** → Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie...

**DÉPASSEMENT D'HONORAIRES** → Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

**DEVIS** → Document établi par certains professionnels de santé présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

**DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE -DPTAM- (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE -OPTAM- / OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE -OPTAM-CO-)** → Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**ENFANT À CHARGE** → Votre enfant et/ou celui de votre conjoint, partenaire ou concubin :

- mineur,
- majeur de moins de vingt-huit (28) ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier...) ou accessoire (petit travail d'appoint...).

L'enfant devra justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée. S'il ne se trouve pas sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail ou s'il ne peut justifier de la poursuite d'études, tel que ci-avant prévu, il devra être à la charge du foyer fiscal de l'adhérent ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu.

- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

**ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE** → Équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et communications électroniques.

**ÉVOLUTION DE LA VUE** → La justification d'une évolution de la vue (selon les seuils définis par la réglementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et l'assureur d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) par période d'un an au lieu de deux pour les adultes et enfants de seize (16) ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de seize (16) ans, résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction ;
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci devant être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour tous les assurés, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

**HONORAIRES** → Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet.

Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

**HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF)** → Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

**HOSPITALISATION** → Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

**HOSPITALISATION AMBULATOIRE** → Séjour d'une durée inférieure à vingt-quatre (24) heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : hospitalisation de jour

**IMPLANTOLOGIE DENTAIRE** → L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse.

Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

**INLAYS ET ONLAYS** → Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

**MALADIE** → Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**MATÉRIEL MÉDICAL** → Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, ...

Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand)

**MATERNITÉ** → Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

**MÉDECIN TRAITANT** → Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de seize (16) ans ou encore par l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les ayants droit âgés de moins de seize (16) ans, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

**MÉDECIN CORRESPONDANT** → Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

**MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ** → Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre seize (16) et vingt-cinq (25) ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

**NOMENCLATURE** → Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes cliniques (consultations, visites) des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que les actes des auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

**NOUS** → Assureur du contrat.

**OPTIQUE** → Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (une monture + deux verres) ou de lentilles.

La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les équipements entrant dans le panier « 100% santé » sont remboursés intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « 100% santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100% santé » et d'une monture « Hors 100% santé », ou inversement.

**ORTHODONTIE** → Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

**PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ - PACS** → Un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

**PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS** → Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de seize (16) ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

**PARODONTOLOGIE** → Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Les traitements parodontaux visent à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.



**PARTENAIRE** → Personne avec laquelle vous êtes liée par un PACS :

- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 » : ayant la qualité d'ayant droit au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous dépendez,
- dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » : exerçant ou non une activité professionnelle.

Votre certificat d'adhésion mentionnera si vous adhérez au contrat « Madelin 1 » ou « Madelin 2 ».

**PRIX LIMITE DE VENTE** → Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE « RO »** → Régime obligatoire de sécurité sociale des Travailleurs non salariés et éventuellement, dans le seul cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 2 » pour vos conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge, le régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés.

**RÉSEAU SÉVÉANE** → Réseau de professionnels de santé proposé par l'assureur et mis en œuvre au titre du contrat.

Les audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes, membres de ce réseau ont pris des engagements au bénéfice des personnes assurées par le contrat afin de permettre à ces dernières de mieux maîtriser leurs dépenses de santé pour certains actes ou prestations que ces professionnels de santé effectuent ou délivrent. L'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat demeurent libres de consulter le professionnel de santé de son choix membre ou non du réseau.

Par dérogation, le certificat d'adhésion peut prévoir un réseau de professionnels de santé autre que celui défini ci-dessus.

**SOINS DENTAIRES** → Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements d'honoraires (hormis pour les inlays-onlays).

**SOINS COURANTS** → Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

**TICKET MODÉRATEUR** → Somme, telle que définie au I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissé à la charge de l'assuré social par son Régime obligatoire de protection sociale.

**TIERS PAYANT** → Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : dispense d'avance des frais

**TÉLÉMÉDECINE** → Relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent, entre autres, des actes de télémédecine effectués par un professionnel médical :

- La téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale pour laquelle les assureurs interviennent en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'assureur, indépendamment de la Sécurité sociale ;
- La téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient ;
- La télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

**TRANSPORT SANITAIRES** → Frais de transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins, de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

**VOUS** → L'adhérent tel que défini ci-dessus.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du contrat.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante :

<http://www.unocam.fr>

# → Titre II - Exécution du contrat

## Article 3 – Adhésion des membres de l'association contractante

### 1 ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 2 « Définitions », demandant à adhérer au contrat.

### 2 CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- remplir et nous retourner une demande d'adhésion précisant le contrat choisi « Madelin 1 », ou « Madelin 2 » et fournir les renseignements concernant la formule de garanties demandée ;
- nous justifier que vous êtes à jour du paiement de vos cotisations dues au titre du régime obligatoire d'assurance maladie dont vous relevez, par la production d'une attestation délivrée par la caisse d'assurance maladie.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat qui complète la présente notice d'information et son annexe 3 « tableau des garanties ».

Le certificat d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la catégorie « Isolé/Famille » retenue ;
- le cas échéant, la formule de garantie souscrite ;
- le taux de cotisation correspondant.

## Article 4 – Date d'effet, durée et reconduction de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion à condition qu'il soit signé par vos soins et retourné à l'assureur dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion tel que prévu audit certificat d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour un période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet et se reconduit ensuite tacitement le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique adressé deux (2) mois au moins avant chaque date de reconduction. L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles prévues à l'article 7 « Cessation de l'adhésion et des garanties ».

L'assureur peut dénoncer votre adhésion conformément aux dispositions prévues au 3 « Défaut de paiement » de l'article 10 « Cotisation », à l'article 11 « Révision » et en cas de fausse déclaration.

Toute modification des garanties ou des cotisations que vous demandez ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année moyennant un préavis de deux (2) mois. Ce changement est soumis à l'accord de l'assureur et donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat. Les diminutions de garanties ne sont pas autorisées sauf accord de l'assureur.

En outre, en cours d'adhésion, vos droits et obligations peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'association contractante et l'assureur. Vous serez, dans ce cas, informé des modifications trois (3) mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Si vous n'acceptez pas ces modifications, vous pouvez, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle vous avez été informé, dénoncer votre adhésion par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à l'assureur.

## Article 5 – Personnes garanties

### 1 CONTRAT « MADELIN 1 »

Selon votre choix et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées :

- à vous seul à l'exclusion de vos ayants droit, vous êtes alors rattaché à la catégorie « Isolé »,
- à vous-même et à vos ayants droit, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « Famille ».

Vous choisissez votre rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories Isolé/Famille et pouvez demander à changer votre rattachement dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 6 ci-après.

### 2 CONTRAT « MADELIN 2 »

Dans le cadre du contrat « Madelin 2 », vous et vos ayants droit êtes systématiquement rattachés à la catégorie « Famille ». Vous devez déclarer si vos ayants droit (vos conjoint ou partenaire ou concubin et enfant(s) à charge) peuvent être considérés comme ayants droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA ou non (Cf. définition des « ayants droit »). Il est rappelé que la fraction de la cotisation afférente à la couverture de **l'ensemble de vos ayants droit** (y compris ceux qui peuvent être considérés comme ayant droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA) n'ouvre droit à aucune déductibilité fiscale. En cours d'adhésion, vous pouvez demander à changer votre rattachement dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 6 « Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties » ci-après.

## Article 6 – Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties

### 1 PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT

En ce qui vous concerne, l'inscription prend effet à la même date que l'adhésion au contrat. L'inscription de vos ayants droit prend effet, sous réserve d'un rattachement à la catégorie « Famille » et du paiement des cotisations :

- à la même date que pour vous-même ;
- à la date de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, ...) ou de naissance d'enfants ;
- à la date du terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit ;

**sous réserve, dans ces deux derniers cas, que cette modification ait été portée à notre connaissance dans un délai de deux (2) mois suivant la date de la modification,**

- au 1<sup>er</sup> janvier suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux (2) mois précité n'aura pas été respecté ;
- et en outre, en cas de demande ultérieure de rattachement à la catégorie Famille, dans les conditions du paragraphe 3 ci-après.

### 2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour vous-même et vos ayants droit à la date d'inscription au contrat telle qu'elle est prévue ci-dessus.

**Il est précisé que nous ne prenons en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les soins réalisés au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.**

### 3 CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES OU DE CATEGORIE

Vous pouvez demander en cours d'adhésion :

- à changer votre formule de garanties à effet du 1<sup>er</sup> janvier d'un exercice comme il est prévu à l'article 4 ;
- à changer votre rattachement à la catégorie « Isolé » ou « Famille ».

Ce changement de catégorie (qui pourra donner lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat) prendra effet de la façon suivante :

- immédiatement en cas de changement de situation de famille dûment justifié ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit,
- au 1<sup>er</sup> janvier suivant dans les autres cas.

**Vous vous engagez à nous déclarer toute modification du Régime obligatoire de protection sociale d'un ayant droit, dès que celle-ci intervient.**

**Au titre du contrat « Madelin 1 », dès lors qu'un de vos ayants droit ne relève plus de votre Régime obligatoire de protection sociale en qualité d'ayant droit, cette modification donnera lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat « Madelin 2 ».**

## Article 7 – Cessation de l'adhésion et des garanties

### 1 CESSATION DE L'ADHESION

Votre adhésion au contrat cesse :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez demandé la cessation de votre adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur deux (2) mois au moins avant cette date ;
- à la date de résiliation du contrat souscrit par l'association ;
- si vous cessez d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un (1) mois ;
- à la date de cessation de votre activité en qualité de Travailleur non salarié ;
- à la date de liquidation de votre pension du régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de votre Régime obligatoire de protection sociale ;
- dans les conditions prévues au 3 de l'article 10 « Cotisation » si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées.

Toutefois, à la date de liquidation de votre pension de l'assurance vieillesse du Régime obligatoire de protection sociale ou à la date de résiliation du contrat, nous vous proposerons un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur. Dans ce cas, vous ne pourrez pas bénéficier de la fiscalité liée à l'article 154 bis du Code général des impôts.

### 2 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin, pour vous et vos ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue contractuellement.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions du paragraphe 3 de l'article 10 « Cotisation » ;
- à la date de votre rattachement à la catégorie « Isolé » ;

et au plus tard :

- Pour votre conjoint : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ;  
ou votre partenaire : à la date de rupture du PACS ;  
ou votre concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage ;

- Pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat.

En outre, **dans le cadre d'une adhésion au contrat « Madelin 1 »,** les garanties de vos ayants droit cessent en tout état de cause à la date à laquelle ils ne peuvent plus être considérés comme ayant droit au sens de la réglementation antérieure à la mise en place de la PUMA.

**Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les soins réalisés antérieurement à la date de cessation des garanties.**

## Article 8 – Information des adhérents

Il est rappelé que la présente notice d'information est établie par l'assureur et remise à l'adhérent, par l'association contractante, avec l'annexe 3 « Tableau des garanties » (cf. article 1) et le certificat d'adhésion (cf. article 3).

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, trois (3) mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et envoyer ce courrier.

## Article 9 – Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

L'ensemble des coordonnées des services et site Internet visés au présent article est précisé au certificat d'adhésion.

### 1 RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative à votre adhésion, vous-même ou vos ayants droit (ou toutes personnes susceptibles de bénéficier des prestations) pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette première réponse ne vous satisfait pas, la réclamation peut être transmise au service « Réclamations » de l'assureur.

L'assureur s'engage à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables. La réponse définitive à votre réclamation vous sera apportée dans un délai de traitement de deux (2) mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, vous en serez informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, vous pourrez saisir la Médiation de l'assurance :

- sur le site : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).
- par courrier : Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09

Si l'avis de la Médiation de l'assurance ne vous satisfait pas, vous pourrez éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès de votre conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet.

### 2 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes de nos activités commerciales ou d'assurance vous concernant ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par votre assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives

au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

## **VOS DROITS**

Vous disposez de droits sur vos données en justifiant de votre identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de vos données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données que vous nous avez personnellement fournies pour l'exécution de votre contrat ou pour lesquelles vous avez donné votre accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, les coordonnées des services et sites concernés étant indiqués au certificat d'adhésion. Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès de notre Médecin-conseil dont les coordonnées sont précisées dans le certificat d'adhésion.

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez que nous avons manqué à nos obligations concernant vos données.

Dans le cadre de nos obligations, nous sommes tenus de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, nous pouvons être amenés à vous (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) solliciter pour vérifier ou compléter ces informations.

## **POURQUOI COLLECTONS-NOUS DES DONNÉES PERSONNELLES ?**

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

### **Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects**

Les données que nous recueillons à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude de vos besoins en assurance afin de vous proposer des contrats adaptés à votre situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;

- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à nos délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, vous acceptez expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées à nos médecins-conseil ou d'autres entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à notre service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment les délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

### **Prospection commerciale**

Nous avons, ainsi que les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers nos clients ou prospects, et mettons en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de votre adresse email ou de votre numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation de vos données de navigation pour vous proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication de vos données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès de nos services (voir ci-avant Vos droits).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), vous pouvez également vous opposer en réglant vos préférences dans votre espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans nos envois.

Pour la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours de vous démarcher par téléphone.

### **Lutte contre la fraude à l'assurance**

Vous (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) êtes également informés que nous mettons en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude des dossiers, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant toute personne partie ou intéressée au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

### **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à nos obligations légales, nous mettons en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de notre relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

### **Satisfaction/Qualité de services**

Dans notre intérêt et celui de nos clients, nous mesurons et cherchons à améliorer continuellement la qualité de nos services et de nos offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées.

Dans ce cadre, nos échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

### **Études, Statistiques**

Nous, ainsi que les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants), sommes également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel

vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer nos offres de produits et services, de personnalisation de nos relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

### **Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de votre qualité de membre de l'association contractante ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour vous adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, ...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

Vous pouvez vous opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir vos droits).

Vous pouvez également vous opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus vous seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal (consultation en agence, ...).

Ces informations sont conservées le temps de notre relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

## **TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE**

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux nous permettant notamment d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de nos droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

## **3) DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE**

### **3.1) Échanges dématérialisés avec l'adhérent**

S'agissant des informations et documents relatifs à votre adhésion, vous êtes informé que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment vous fournir ou mettre à votre disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via votre espace client sécurisé.

Par la communication de votre adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, vous reconnaissez que cette dématérialisation est adaptée à votre situation.

Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à votre charge.

Pour ce faire, vous pouvez adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler. Vous pouvez également faire votre choix à partir de votre espace client sécurisé.

Vous vous engagez à informer sans délai l'assureur de toute modification de votre adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de votre situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de votre adhésion.

### 3.2) Mise à disposition d'un Espace client sécurisé

L'assureur peut mettre à votre disposition un espace client sécurisé vous permettant :

- de prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'assureur : il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'assureur sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que vous puissiez puiser vous y reporter ;
- de bénéficier d'un service de consultation et de gestion de votre adhésion.

#### 3.2.1) Code d'accès

L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe vous est communiqué de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par vos soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction de vous identifier, permettant ainsi de garantir votre habilitation à consulter et à gérer votre adhésion dans l'espace client.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité de votre code d'accès.

En cas de perte ou de vol de votre code d'accès confidentiel, vous devez impérativement et sans délai en informer l'assureur, afin qu'un nouveau mot de passe vous soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de votre responsabilité exclusive.

En cas de négligence de votre part, vous êtes seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de votre code d'accès confidentiel.

#### 3.2.2) Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU)

Lors de votre première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de votre code d'accès, vous devez prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de votre adhésion et pour prendre connaissance des informations et documents mis à disposition par l'assureur.

### 3.3) Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :

- à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à votre attention ;
- à la mise à disposition par l'assureur d'information ou de documents sur votre espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion de votre adhésion que vous avez effectuées dans votre espace client sécurisé.

Vous, en tant qu'adhérent et l'assureur acceptez et reconnaissez mutuellement que :

- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans votre espace client sécurisé, après authentification au moyen de votre code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par vous-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que vous avez réalisées dans votre espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'assureur vous sont opposables et auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre vous et l'assureur, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'assureur vous sont opposables et auront valeur de preuve.

## 4) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.

# → Titre III - Cotisation

## Article 10 - Cotisation

### 1 FIXATION ET PAIEMENT

Vos garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation déterminée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale. La cotisation et les modalités de paiement sont précisées au certificat d'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

### 2 AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente aux garanties du contrat est révisée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la Santé et des résultats techniques enregistrés (rapport « sinistres à cotisations »). À compter du jour où vous avez connaissance d'une majoration des taux de cotisation applicables, vous aurez la possibilité de résilier votre adhésion au contrat dans un délai de trente (30) jours.

À cet effet, vous devez nous adresser une lettre recommandée. Un mois après l'envoi de cette lettre, l'adhésion au contrat sera résiliée. Toutefois, si ce délai d'un (1) mois expire au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra alors effective au 31 décembre de l'exercice civil considéré, à vingt-quatre (24) heures.

### 3 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix (10) jours après la date d'échéance d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation impayée, vous adresser une lettre recommandée de mise en demeure.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, vous êtes exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

D'un commun accord entre l'association contractante et nous, il est convenu que cette dernière nous donne mandat pour établir et adresser cette lettre recommandée.

Par ailleurs, nous nous réservons le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

# Titre IV - Révision

## Article 11 - Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle. Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UN-CAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante et/ou de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » : nous vous indiquerons les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions simplifiées définies par l'avant dernier alinéa de l'article L.112-3 du Code des assurances. En cas de refus, formulé par écrit dans un délai de trente (30) jours à compter de la proposition, nous vous adresserons une lettre recommandée vous informant de la résiliation de votre adhésion au contrat ;
- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation : nous procéderons à l'ajustement de la cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez expressément la nouvelle cotisation, nous pouvons résilier votre adhésion au contrat, dix (10) jours après notification par lettre recommandée. Nous nous réservons aussi la faculté d'établir le remboursement des prestations en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.



# → Titre V - Remboursements des frais de santé

## Article 12 - Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements

### 1 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent :

- en France ou dans l'un des États membres de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange sous réserve de la prise en charge de ces frais par un régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés ;
- dans les pays autres que ceux visés ci-dessus pour lesquels le Régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations.

**En tout état de cause, les frais engagés dans ces pays et qui ne donnent pas lieu à remboursement par le Régime obligatoire de protection sociale français, ne sont pas pris en charge par l'assureur.**

### 2 NATURE DES REMBOURSEMENTS

L'assureur rembourse, dans les limites indiquées à l'article 13 « Montant des remboursements » et de l'annexe 3 « Tableau des garanties », les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance **Maladie - Maternité**.

Les actes et frais pris en compte par l'assureur et définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française sont les suivants :

#### A Hospitalisation

- Honoraires ;
- Actes chirurgicaux ;
- Frais de séjour ;
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le Régime obligatoire de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale.

**Sous réserve de mention expresse à l'annexe 3 « Tableau des garanties » et au certificat d'adhésion, les garanties « Honoraires » et « Actes chirurgicaux » peuvent être limitées au montant du ticket modérateur quelle que soit la formule choisie pendant les trois (3) premiers mois suivant l'adhésion au contrat.**

Cette limitation de garantie ne sera toutefois pas appliquée lorsque :

- l'adhésion fait suite sans interruption à un contrat antérieur offrant une garantie de même nature,
- ce délai aura été écoulé entre la date de la demande d'inscription ultérieure des ayants droit et la date d'inscription fixée au 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande conformément aux dispositions du paragraphe 3 de l'article 6 de la présente notice d'information.

#### B Soins courants

- Honoraires médicaux ;
- Honoraires paramédicaux ;
- Analyses et examens de laboratoires ;
- Radiologie et petite chirurgie ;

- Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Matériel médical
  - Frais d'appareillages, de prothèses (hors aides auditives, optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé) ;
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (y compris hospitalisation)

#### C Aides auditives

- Aides auditives prescrites médicalement.

#### D Optique

- Frais de lunettes (verres et monture) et de lentilles prescrites médicalement (sauf exceptions prévues par le Code de la Santé publique).
- Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien lors du renouvellement de l'équipement.

#### E Dentaire (y compris actes de prévention)

- Frais de soins, d'inlays/onlays ;
- Frais de prothèses dentaires (dont inlay core) ;
- Frais d'orthodontie.

**Peuvent également être pris en charge par l'assureur, sous réserve d'être prévus à l'annexe 3 « Tableau des garanties », les actes ou frais énumérés ci-après :**

- Le forfait journalier des établissements médico-sociaux, pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les frais de chambre particulière y compris en hospitalisation ambulatoire ;
- Les frais d'accompagnement d'une personne assurée hospitalisée (hébergement et nourriture) facturés par l'établissement hospitalier y compris pour les « maisons de parents » ;
- Les frais de téléphone, télévision, accès au réseau internet facturés par l'établissement qui accueille la personne assurée et achat de journaux sur le lieu de l'hospitalisation ;
- Les actes ou frais suivants non pris en charge par le RO :
  - les actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, de psychothérapie (le praticien qui a effectué les actes doit satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI correspondant à l'une des 3 spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, auxiliaire médical, sage-femme.

En outre en ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropraxie, les actes effectués doivent également satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur).

L'assureur ne peut être tenu pour responsable de l'aptitude du professionnel à pratiquer ces actes,

- les actes ou frais d'acupuncture, d'étiopathie, d'hypnothérapie, consultations de psychanalystes, de psychologues, consultations ou frais de psychomotriciens, d'homéopathie.

(Ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice. L'assureur ne peut être tenu pour responsable de l'aptitude du professionnel à pratiquer ces actes.),

- les consultations diététiques.

(Ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice),

- et lorsqu'ils sont prescrits médicalement :
  - › les actes effectués par un professionnel de santé,
  - › les prothèses auditives et autres prothèses médicales (hors optiques et prothèses dentaires),
  - › les frais de pharmacie,
  - › les frais de moyens contraceptifs,
  - › les frais de vaccins,
  - › les traitements d'aide au sevrage tabagique,
  - › les lentilles correctrices figurant à la nomenclature.
- les frais de chirurgie réfractive ;
- les frais supplémentaires de traitement particulier des verres dans la limite des plafonds de remboursement par équipement prévus à l'annexe 3 « Tableau des garanties » pour la garantie Optique.

*Toutefois, les frais engagés pour les traitements de teinte des verres de lunettes permanente ou non (notamment surcoût pour verres photochromiques) et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge par l'assureur.*

- les actes d'orthodontie,
- les frais de prothèses dentaires,

*Toutefois, sauf mention expresse à l'annexe 3 « Tableau des garanties » ou au certificat d'adhésion, les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ne sont pas pris en charge par l'assureur.*
- les frais de parodontologie et implantologie,
- les frais de blanchiment des dents (lorsque les actes sont effectués par un chirurgien-dentiste),
- les actes de prévention dentaire (pose de vernis fluoré, détartrage approfondi),
- les actes ou frais de procréation médicale assistée.
- Les frais d'hébergement et de transport engagés lors d'une cure thermale pris en charge par le RO ;
- la pratique d'une activité sportive sur prescription médicale (ALD).

## Article 13 - Montant des remboursements

Le remboursement des frais et actes énumérés à l'article 12 « Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements », est déterminé, **acte par acte**, par l'assureur, **et dans la limite des frais réellement engagés**.

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué à l'annexe 3 « Tableau des garanties ».

**Sur mention expresse figurant à l'annexe 3 « Tableau des garanties »**, pour les frais d'optique et dentaires, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte de l'appartenance ou non de l'opticien ou du chirurgien-dentiste au réseau des professionnels de santé applicable au titre de ce contrat.

**Cela étant, vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix.**

Vous pouvez, sur simple appel au numéro de téléphone qui vous est indiqué sur les documents que nous vous avons communiqués, et le cas échéant, sur consultations de l'espace client qui vous est dédié sur notre site internet, obtenir les coordonnées des audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane à la date de la demande.

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, la personne assurée (qu'il s'agisse de vous-même ou de l'un de vos ayants droit) peut bénéficier, lorsque l'ensemble des conditions requises sont remplies, d'une garantie « Casse et Réparation », tant que l'adhésion au contrat est en vigueur et pendant une période maximale de dix (10) ans. Les conditions de mise en jeu et les modalités d'application de cette garantie figurent en annexe 1 à la présente notice d'information.

**Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation relative aux « contrats responsables » indiqués à l'article 2 « Définitions », sont applicables dans le cadre du présent contrat.**

### Autres limites concernant le montant des remboursements :

- En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, nous établissons votre remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer votre prestation.
- En aucun cas, nous ne pouvons prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale.
- Notre prestation pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.
- Dans le cas où notre remboursement tient compte de l'appartenance ou non de l'opticien ou du chirurgien-dentiste consulté au réseau des professionnels de santé mis en œuvre au titre du contrat, la détermination des limites de garantie s'effectue sur la base applicable au professionnel de santé auprès duquel la 1<sup>ère</sup> dépense (achat d'un 1<sup>er</sup> élément de l'équipement -soit les verres, soit la monture- en ce qui concerne les lunettes) a été engagée.

**Assurances cumulatives :** Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après le remboursement de toute nature auxquels vous ou vos ayants droit avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous et votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

**SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHÉSION.**

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, nous prendrons néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

## Article 14 - Risques exclus

*Sauf mention expresse au certificat d'adhésion, seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites :*

- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie - Maternité (dont notamment les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale) ;
- les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale.

## Article 15 - Règlement des prestations - Déchéance des garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire

### 1 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

#### A Demandes de remboursement et versement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions relatives à la prescription, nous être présentées dans un délai maximum de deux (2) ans suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation.

Les prestations dues au titre du présent contrat sont payables en France et en euros. Elles seront versées dans un délai de quinze (15) jours ouvrés (définis comme 15 jours effectivement travaillés chez l'assureur) suivant la date de réception des pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

#### B Pièces justificatives

Sauf dans le cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, notre remboursement intervient sur présentation :

- des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale,
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce Régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, notre remboursement est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires dont la prescription médicale le cas échéant.

En outre, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, notre remboursement est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement ;
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Lorsque le contrat prévoit le remboursement des frais suivants non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale :

- les consultations des diététiciens non médecins, de psychologues ou de psychanalystes,
- les consultations ou frais de psychomotriciens, d'homéopathe,

- les actes ou frais de chiropraxie, d'ostéopathie, d'acupuncture, d'étiopathie, et /ou d'hypnothérapie,

notre intervention est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

#### C Contrôle médical

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, **tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'assureur sous pli confidentiel.**

L'assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur et dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

**Si vous-même ou l'un de vos ayants droit refusez de transmettre les justificatifs réclamés ou de vous soumettre à l'expertise médicale que nous demandons, nous pourrions refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.**

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous-même ou l'un de vos ayants droit devrez adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de la personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

**En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, nous nous réservons le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.**

### 2 DÉCHÉANCE DES GARANTIES

**L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit affiliés dès lors qu'il constate que ces derniers ont, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.**

### 3 FAUSSES DÉCLARATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

### 4 RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit affiliés êtes atteints d'une affection ou êtes victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit affiliés atteints de blessures imputables à un tiers devez impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

**Lorsque vous ou vos ayants droit êtes victimes d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de votre assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.**

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par vous-même ou vos ayants droit.

# Titre VI - Autres indemnités

Chacune des garanties suivantes est accordée sous réserve que l'annexe 3 « Tableau des garanties » prévoit son attribution selon la formule choisie.

## **Article 16 - Naissance/Adoption**

En cas de naissance de votre enfant, nous versons une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant et de justificatifs de frais restant à votre charge, après remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de nous-même au titre du TITRE V ci-avant.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie.

Il est précisé que cette indemnité ne peut permettre le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à l'un des DPTAM définis à l'article 2 « Définition » au-delà des plafonds de prise en charge prévus par la réglementation sur les contrats complémentaires santé responsables.

Lorsque l'annexe 3 « Tableau des garanties » ou le certificat d'adhésion le prévoit, cette indemnité est également versée en cas d'adoption d'enfant sur présentation des documents attestant de cette adoption.

## **Article 17 - Cure thermale**

Pour chaque cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et / ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à votre charge ou à celle de vos ayants-droit après remboursement éventuel du Régime obligatoire de protection sociale.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'annexe 3 « Tableau des garanties » selon la formule choisie.



# Titre VII - Services tiers payant et calcul du reste à charge

## Article 18 - Tiers payant

Un service de Tiers payant est mis à votre disposition au titre du présent contrat. Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité du montant (tel que fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée, en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers.

L'assureur vous délivre une attestation de tiers payant qui devra lui être restituée, dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat ;
- en cas de résiliation du contrat souscrit par l'association ;
- si vous ou votre ayant droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

**Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de réclamer, tant à vous-même qu'à votre ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.**

## Article 19 - Calcul des frais restant à votre charge

Sur votre demande, nous pouvons établir, pour les frais ou actes à honoraires libres ou avec dépassements d'honoraires et pour ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et de celles versées potentiellement au titre du contrat, vous permettant ainsi de déterminer le montant des frais qui restera à votre charge.

Ce calcul sera effectué sur présentation des devis du professionnel de santé.



# Annexe 1 - Dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires

## 1 OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons pour une période de dix (10) ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les personnes garanties par le contrat (soit vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat) dès lors qu'elles restent assurées sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent obligatoirement :

- avoir fait l'objet d'un devis ;
- avoir été effectués par un chirurgien dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane ;
- avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne garantie.

Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas remplies, la garantie n'intervient pas.

## 2 CE QUI EST GARANTI

- Pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- Pour les prothèses adjointes en résine : en cas de nécessité pour la réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante (150) euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.
- Prothèses concernées :
  - Pour les prothèses conjointes : Toutes les couronnes, bridges.
  - Pour les prothèses adjointes : Les appareillages entièrement réalisés en résine.
- Réalisation :

La pose initiale, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane. Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.

- Remboursement :

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

## 3 FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses que nous avons intégralement ou partiellement prises en charge.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (numéro de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane devant réaliser les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après notre réponse, qui interviendra après la date de réception du dossier dans un délai de sept (7) jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à sept (7) jours ouvrés si nous demandons un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste que nous désignons. Nous pouvons être amenés à réclamer toutes pièces que nous jugerons utiles. **La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.**

Elle est accordée à défaut d'intervention de la garantie d'assurance responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane lorsque cette responsabilité est susceptible d'être engagée.

## 4 EXCLUSIONS

*Sont exclus de par la nature de la garantie :*

- *Pour les prothèses conjointes :*

- *toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale ;*
- *les implants ;*
- *les Inlays core.*

- *Pour les prothèses adjointes :*

- *tous actes autres que la casse de la prothèse en résine ;*
- *les stellites.*

*Sont par ailleurs exclus les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.*

*L'assureur peut également refuser la mise en jeu de la garantie si la personne assurée :*

- *transmet une fausse déclaration ;*
- *n'est plus assurée par le contrat ;*
- *refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.*

# → Annexe 2 - Texte(s) réglementaire(s)

## Article R.871-2 du Code de la sécurité sociale

(dans sa version en vigueur au 13 janvier 2019)

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 (*ticket modérateur*). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article (\*);

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- a) À hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 ;



b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 ;

5° Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

6° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4, sans limitation de durée.

(\*) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

*NOTA : Conformément à l'article 5 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions des 3° et 5° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, sous réserve des dispositions du troisième alinéa dudit article.*

*Les dispositions du 4° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.*

*Les dispositions du 5° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention prévue à l'article L.162-9, aux dates fixées par la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018.*





Assuré d'avancer



**Groupama Gan Vie**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros  
RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z - Siège social : 8-10, rue d'Astorg  
75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité  
de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR)  
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment  
distribués par Gan Assurances et sous la marque Gan Eurocourtage  
via les courtiers et Gan Prévoyance.

**Notice  
d'information**

→ **Prévoyance  
TNS**

Assuré d'avancer







# Sommaire

<b>TITRE I – DÉFINITIONS</b>	<b>4</b>
<b>TITRE II – EXÉCUTION DU CONTRAT</b>	<b>8</b>
Article 1	Durée – renouvellement du contrat ..... 8
Article 2	Adhésion des membres de l'association ..... 8 contractante – renonciation – modification des conditions d'adhésion – prescription
Article 3	Date d'effet de l'adhésion et des garanties – ..... 10 modifications en cours d'adhésion
Article 4	Cessation de l'adhésion, des garanties ..... 11 et des prestations
Article 5	Réclamation – Médiation – ..... 12 Protection des données personnelles – Vie privée
Article 6	Cotisation ..... 15
Article 7	Exonération du paiement de la cotisation – ..... 15 maintien des garanties en cas d'arrêt de travail
Article 8	Dispositions applicables en cas de résiliation ..... 17 de l'adhésion ou du contrat
<b>TITRE III – DÉCÈS ET INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE</b>	<b>18</b>
Article 9	Décès ..... 18
Article 10	Invalidité absolue et définitive ..... 20
Article 11	Décès ou invalidité absolue et définitive ..... 22 consécutif à un accident
Article 12	Rente de conjoint ou partenaire ou concubin ..... 23
Article 13	Rente d'éducation ..... 25
Article 14	Décès du conjoint ou partenaire simultané ..... 26 ou postérieur à celui de l'adhérent (double effet)
Article 15	Allocation d'obsèques ..... 27
Article 16	Limite des capitaux en cas de décès ..... 28 ou d'invalidité absolue et définitive
<b>TITRE IV – INCAPACITÉ – INVALIDITÉ</b>	<b>29</b>
Article 17	Incapacité - invalidité ..... 29
Article 18	Limite des garanties ..... 33
Article 19	Étendue territoriale ..... 34
<b>TITRE V – REVALORISATION</b>	<b>35</b>

# → Préambule

L'association dénommée au certificat d'adhésion a souscrit un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, entrant dans la gamme « Prévoyance TNS », auprès de Groupama Gan Vie. Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Il est en outre régi, pour une partie de ses garanties, par les articles L.144-1 du Code des assurances et 154 bis du Code général des impôts déterminant la déductibilité fiscale des cotisations. Ces garanties sont dites ci-après **garanties « Madelin »**. En contrepartie de la déductibilité fiscale des cotisations, toutes les prestations sont versées sous forme de rentes.

En conséquence, si vous souhaitez que les prestations en cas de décès (ou d'invalidité absolue et définitive) soient versées sous forme de capital, vous devrez souscrire les garanties dites ci-après **garanties « non Madelin »**.

Dans le cadre des garanties incapacité-invalidité, vous pouvez également opter pour une garantie comportant une liste de risques exclus complémentaires et bénéficier dans ce cas d'une cotisation minorée.

Vos déclarations servent de base à l'acceptation de votre adhésion et à l'application des garanties.

Il vous est délivré un certificat d'adhésion distinct au titre des garanties « Madelin » d'une part, et des garanties « non Madelin », d'autre part.

## OBJET DU CONTRAT ET NATURE DES GARANTIES

Le contrat a pour objet d'accorder une ou plusieurs des garanties suivantes selon votre choix :

		« MADELIN »	« NON MADELIN »
GARANTIES DE BASE (obligatoires)	Décès ou invalidité absolue et définitive (IAD)	<p>Vous devez retenir au minimum une des 3 garanties suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Service d'une <b>rente au(x) bénéficiaire(s) désigné(s)</b> en cas de décès (article 9) ou service d'une rente viagère à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive (article 10).</li> <li>2. <b>Rente de conjoint</b> : service d'une rente viagère au profit de votre conjoint ou de votre partenaire ou à défaut de votre concubin, complétée le cas échéant par une rente d'attente temporaire, si vous décédez (article 12).</li> <li>3. <b>Rente d'éducation</b> : service d'une rente d'éducation au profit de chacun des enfants à charge en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (article 13).</li> </ol>	<p>Paiement d'un <b>capital</b> au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès (article 9) ou à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive (article 10).</p>
	Double effet	Néant	<p>Paiement d'un <b>capital aux enfants</b> à charge en cas de décès de votre conjoint ou partenaire survenant simultanément ou postérieurement au vôtre (article 14).</p>



		« MADELIN »	« NON MADELIN »
GARANTIES OPTIONNELLES	Décès ou IAD consécutif à un accident	Service d'une <b>rente supplémentaire</b> au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) si vous décédez ou à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive, lorsque cet évènement est consécutif à un accident (article 11).	Paiement d'un <b>capital supplémentaire</b> au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) si vous décédez ou à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive, lorsque cet évènement est consécutif à un accident (article 11).
	Allocation d'obsèques	Néant	Paiement d'une <b>allocation d'obsèques</b> en cas de décès de vous-même, de votre conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge (article 15).
	Incapacité - invalidité	Service d'une <b>indemnité journalière ou d'une rente annuelle</b> en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident visant à compenser la perte de vos revenus professionnels (article 17) <sup>1</sup>	Service d'une <b>indemnité journalière ou d'une rente annuelle</b> en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident ayant pour objet de compenser la perte de vos dividendes dite « garantie complémentaire des dividendes » (article 17) <sup>2</sup>

1. Vous pouvez souscrire les garanties incapacité - invalidité « Madelin » si votre adhésion respecte au moins une des 3 conditions suivantes :
- le niveau de la garantie en cas de décès que vous souscrivez au titre de l'article 9 est supérieur ou égal à 200 % du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
  - vous souscrivez la garantie « rente de conjoint » ;
  - vous souscrivez la garantie « rente d'éducation » sous réserve de garantir au minimum 2 enfants si vous souscrivez l'option 1 (voir le tableau des garanties annexé à la notice).

2. Vous ne pouvez souscrire la garantie complémentaire des dividendes en cas d'incapacité - invalidité « non Madelin » qu'en complément de la garantie en cas d'incapacité - invalidité « Madelin ».

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, vous pourrez bénéficier de l'**exonération du paiement des cotisations** et du **maintien des garanties** de base et optionnelles souscrites, dans les conditions prévues à l'article 7.

En outre, si vous souscrivez les garanties « Madelin », des garanties d'**ASSISTANCE** sont accordées dans les conditions prévues dans une annexe distincte remise avec la présente notice. Le montant des garanties proposées figure en annexe à la présente notice.

Les garanties choisies sont indiquées à votre certificat d'adhésion.



## Titre I – Définitions

Pour l'application des garanties, les définitions suivantes sont retenues :

**ACCIDENT** : par le mot « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part ou de celle du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure à la victime. Il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à vous-même, en application de l'article 1353 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, l'invalidité absolue et définitive ou l'arrêt de travail.

**ACTE AUTHENTIQUE** : acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

**ACTE SOUS SEING PRIVÉ** : acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

**ADHÉRENT** : vous-même, identifié au certificat d'adhésion en qualité de personne physique âgée de moins de 67 ans, qui :

- relevez d'un Régime obligatoire de protection sociale non agricole en qualité de travailleur non salarié,
- êtes imposé à l'impôt sur le revenu dans la catégorie BIC ou BNC ou relevez de l'article 62 du Code général des impôts au titre des revenus issus de cette activité,
- êtes (ou devenez) membre de l'association contractante,
- et adhérez au contrat conclu entre celle-ci et les assureurs.

L'adhérent est obligatoirement l'assuré.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document contractuel que nous vous remettons et qui précise nos engagements réciproques en complément de la notice d'information et de ses annexes.

**CONCUBINAGE** : union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

Pour l'application des garanties concernées, tous documents attestant du concubinage, de sa durée minimale éventuellement exigée au titre du contrat, du domicile commun et du fait que vous et votre concubin êtes libres de tout autre lien de même nature devront nous être fournis.

La preuve de la durée minimale du concubinage éventuellement exigée au titre du contrat devra nous être apportée au moyen d'un certificat de vie commune délivré par la mairie du domicile commun, à défaut par témoignages corroborés d'une déclaration sur l'honneur signée par le concubin.

La preuve de l'existence du domicile commun est rapportée par le concubin en produisant toutes pièces libellées au nom des deux concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile telles que contrat de bail, factures, relevé bancaire, avis d'imposition.

**CONCUBIN** : personne avec laquelle vous vivez en concubinage, dans la mesure où vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun d'entre vous est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS). En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'adhérent est pris en considération. A défaut, où en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé est retenu.

**Pour l'application des garanties, le concubin est pris en compte pour la détermination des enfants à charge, ainsi que dans le cadre de la garantie Rente de conjoint ou partenaire ou concubin (article 12).**

**Au titre de cette garantie, votre concubin au jour de votre décès sera pris en considération sous réserve que le concubinage compte une durée minimale de deux ans à la date du décès.**

**Si vous vous mariez ou remariez ou si vous concluez un PACS, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.**

**CONJOINT** : votre conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

**DIVIDENDES** : sommes prélevées sur les bénéfices de l'exercice de l'entreprise que l'assemblée générale ordinaire des associés ou toute autre assemblée décide de répartir sous forme de revenus mobiliers.

Les dividendes garantis sont ceux perçus par l'adhérent défini ci-avant dans le cadre de l'entreprise dans laquelle il exerce l'activité garantie au titre du présent contrat et pour la période contractuellement définie.

**ENFANTS À CHARGE** : sont considérés comme enfants à charge pour la détermination du montant des prestations, les vôtres et ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin, sous réserve :

**1.âgés de moins de 21 ans,**

- sans condition s'il s'agit de vos enfants,
- à la charge de votre foyer fiscal en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice, s'il s'agit d'enfants de votre conjoint, partenaire ou concubin,

**2.âgés de moins de 26 ans,** qui poursuivent leurs études et sont inscrits à la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, s'ils sont à la charge de votre foyer fiscal en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

Pour les enfants justifiant de la poursuite d'études mais non inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants, seule leur prise en compte dans le quotient familial de votre foyer fiscal est admise.

**3.handicapés, quel que soit leur âge,** s'ils ne peuvent se livrer à aucune activité professionnelle et perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution des allocations précitées mais auxquels celles-ci ne sont pas versées en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Les enfants nés viables moins de 300 jours après votre décès sont pris en considération.

Il est précisé que, au titre de la garantie Double Effet (article 14), en cas de décès de votre conjoint ou partenaire survenant après votre décès, les enfants doivent être à la charge fiscale de votre conjoint ou partenaire, à la date de son décès, en raison de leur prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu ou ouvrant droit à déduction fiscale au titre d'une pension versée volontairement ou sur décision de justice.

**FRANCHISE** : nombre de jours pendant lesquels nous n'intervenons pas en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente. La franchise que vous reprenez est précisée au certificat d'adhésion.

**FORFAIT(S) DE BASE** : forfait(s) que vous reprenez lors de votre adhésion. Selon les garanties souscrites, l'adhérent peut être amené à choisir plusieurs forfaits de base.

Le montant des prestations est déterminé sur la base de ce forfait. Il correspond également à la base de calcul de votre cotisation. Il est, dans tous les cas, indiqué à chaque certificat d'adhésion.

Le forfait est exprimé en multiple du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et compris entre 0,50 et 8 fois ce plafond comme suit : forfait 0,50 PASS ; 0,75 PASS ; 1 PASS ; 1,5 PASS ; 2 PASS ; 2,5 PASS ; 3 PASS ; 3,5 PASS ; 4 PASS ; 5 PASS ; 6 PASS ; 7 PASS ; 8 PASS.

**Il est entendu qu'en effectuant votre choix, vous vous engagez à ce que le montant du forfait retenu corresponde à l'ensemble de vos seuls revenus professionnels annuels perçus dans le cadre de l'entreprise dans laquelle vous exercez l'activité garantie au titre de votre adhésion et imposés l'année précédant celle de votre demande d'adhésion.**

**Les dividendes issus de votre activité professionnelle étant :**

- exclus de la base de calcul des prestations dans le cadre des garanties « Madelin »,
- intégrés à la base de calcul des cotisations et prestations dans le cadre des garanties décès et invalidité absolue et définitive « non Madelin » lorsque la garantie complémentaire des dividendes n'est pas souscrite,
- pris en compte sur la base de ceux imposés l'année précédant celle de votre demande d'adhésion lorsque la garantie complémentaire « non Madelin » des

**dividendes en cas d'incapacité - invalidité est souscrite. Dans ce cas, ils sont limités dans les conditions énoncées ci-dessous et à l'article 17.**

Vous pourrez modifier votre forfait de base dans les conditions de l'article 3.3.

#### **Choix du forfait applicable aux garanties « Madelin » ou « non Madelin »**

- Le forfait retenu doit être identique pour les garanties décès et la garantie en cas d'incapacité/invalidité « Madelin ».
- Si les garanties décès « non Madelin » sont souscrites sans garantie décès « Madelin », le forfait retenu pour ces garanties doit être supérieur ou égal à celui retenu pour les garanties en cas d'incapacité/invalidité.
- La somme des forfaits applicables aux garanties décès « Madelin » et « non Madelin » doit être supérieure à la somme des forfaits applicables aux garanties en cas d'incapacité/invalidité « Madelin » et « non Madelin ».

#### **Autres dispositions concernant le calcul des prestations**

Les prestations sont calculées en fonction de chaque forfait retenu tel que défini ci-dessus, calculé sur la base du (des) plafond (s) de la Sécurité sociale en vigueur au cours des 4 trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu :

- le décès ou l'arrêt de travail si le décès est précédé d'une période d'incapacité ou d'invalidité,
- l'arrêt de travail en cas d'invalidité absolue et définitive ou d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.

**Le montant des prestations versées sur la fraction du forfait de base supérieure à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale est en tout état de cause réduit de 20 % par rapport à celui des prestations versées sur la fraction inférieure à ce montant.**

**Les dispositions spécifiques à chaque garantie sont indiquées dans le texte des articles les concernant.**

#### **Limite du forfait pour les créateurs**

- **Si vous êtes créateur** d'une entreprise créée depuis moins de 3 ans, **le forfait de base est en outre limité, comme suit :**
  - **la 1<sup>re</sup> année d'existence de l'entreprise : 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, vous choisissez alors entre**

**les forfaits 0,50 PASS ou 0,75 PASS ou 1 PASS,**

- **les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années d'existence de l'entreprise : 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, vous choisissez alors entre les forfaits 0,50 PASS à 4 PASS.**

À partir de la 4<sup>e</sup> année, vous choisissez votre forfait parmi l'ensemble des forfaits disponibles.

**HOSPITALISATION :** les hospitalisations prises en compte au titre du contrat sont celles qui sont prescrites médicalement et ont lieu à l'hôpital, à la clinique ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle.

**INTÉRÊTS : VERSEMENT D'INTÉRÊTS À COMPTER DE LA DATE DU DÉCÈS :** sans préjudice des dispositions prévues à l'article L.132-23-1 du Code des assurances, les prestations dues en cas de décès, **à l'exclusion des éventuelles prestations supplémentaires liées à son caractère accidentel**, sont revalorisées de plein droit dans les conditions suivantes :

- lorsque la prestation est versée en capital : le capital garanti en cas de décès produit intérêt à compter de la date du décès.
- lorsque la prestation est versée sous forme de rente : chaque arrérage de rente devenu exigible produit intérêt à compter de la date de son exigibilité.

Cet intérêt, net de frais, est fixé pour chaque année civile, au taux minimum défini par la réglementation soit, à la date de souscription du présent contrat, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente,
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

Il est toutefois précisé que lorsque, entre la date du décès et celle à laquelle il est porté à notre connaissance, la revalorisation contractuelle de la rente aura entraîné une majoration de celle-ci, l'application de cette revalorisation se substituera pour la même période au paiement de l'intérêt défini ci-dessus.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement ou, le cas échéant, à la date de dépôt

de ce capital ou de ces arrérages à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

**MALADIE :** toute altération de votre état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**NOUS :** Groupama Gan Vie, assureur de votre contrat.

**PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ – PACS :** un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil). Le PACS devra être justifié, le cas échéant, par un extrait d'acte de naissance de l'adhérent avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger, par une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.

**PARTENAIRE :** personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS.

**RÉGIME SOCIAL OBLIGATOIRE :** tout régime de protection sociale **de base ou complémentaire** de travailleurs non-salariés à adhésion obligatoire.

**VOUS :** l'adhérent tel que défini ci-dessus.



## Titre II – Exécution du contrat

### **Article 1 Durée – renouvellement du contrat**

Le contrat conclu entre l'association et Groupama Gan Vie prend effet le 1<sup>er</sup> mars 2016. **Il se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement. Dans ce cas, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée.**

Le contrat collectif peut être modifié par avenant conclu entre l'association contractante et Groupama Gan Vie. Il incombe à l'association d'informer les adhérents des modalités d'adoption des avenants et des éventuelles modifications qui seraient apportées à leurs droits et obligations, 3 mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur. L'association donne mandat à Groupama Gan Vie d'en informer les adhérents pour son compte. Le texte intégral des statuts de l'association est joint à la présente notice d'information.

### **Article 2 Adhésion des membres de l'association contractante – renonciation – modification des conditions d'adhésion - prescription**

#### **1. ADHÉSION**

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis au Titre I, demandant à adhérer audit contrat.

#### **2. CONDITIONS D'ADHÉSION**

Pour adhérer au contrat, vous devez

- remplir et signer une déclaration d'adhésion dans laquelle vous indiquez notamment votre identité, la nature de votre activité professionnelle exercée, les conditions d'exercice de cette activité, votre régime social de base et complémentaire obligatoire.
- fournir les renseignements concernant

les garanties d'assurance demandées : forfait de base, pourcentage de couverture souhaité, franchise pour la garantie incapacité-invalidité, choix de l'option « exclusions supplémentaires » prévue pour les garanties incapacité-invalidité... ;

- nous justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont vous relevez, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

Vous devrez également remplir un questionnaire de santé et l'adresser sous pli confidentiel à notre médecin conseil. Après examen de ce questionnaire ou en fonction du forfait que vous retenez, une visite médicale passée auprès d'un médecin que nous avons agréé et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés.

**Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter votre adhésion aux conditions normales du contrat, nous nous réservons le droit de refuser votre adhésion ou d'accorder nos garanties à l'exclusion de certains risques ou moyennant surprime.**

Les bases de notre accord reposant sur vos déclarations à l'adhésion et en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut nous amener à invoquer la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Par ailleurs, en application de l'article L.113-9 du Code des assurances :

- si l'omission ou l'inexactitude est non intentionnelle et constatée avant tout sinistre, nous pouvons soit augmenter les cotisations, soit résilier votre adhésion ;
- si l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle est constatée après sinistre, nous pouvons réduire les indemnités.

**Toute condition d'acceptation particulière de garanties vous sera notifiée par lettre recommandée, sous pli confidentiel.**

L'adhésion au contrat est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion audit

contrat. Il vous est délivré un certificat d'adhésion distinct au titre des garanties « Madelin » d'une part, et des « garanties non Madelin », d'autre part.

Chaque certificat d'adhésion indique notamment la date d'effet de l'adhésion, le montant du (ou des) forfait(s) retenu(s), le montant et la nature des garanties souscrites et le taux de cotisation correspondant.

### 3. RENONCIATION

Vous aurez la possibilité de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de votre certificat d'adhésion au contrat.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) (nom et prénom) ..... déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat Prévoyance TNS ..... (nom de contrat et n° d'adhésion pour les garanties « Madelin » et/ou « non Madelin » à préciser) et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. »

La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle nous recevons la lettre recommandée.

### 4. MODIFICATION DE VOS CONDITIONS D'ADHÉSION EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

En cours d'adhésion, vous devez nous prévenir par lettre recommandée, dans un délai de 60 jours du changement de votre activité professionnelle, de la modification des conditions d'exercice de votre activité professionnelle ou du changement de votre régime social obligatoire.

Lorsque le changement entraîne **une aggravation du risque**, nous pourrions vous proposer un nouveau tarif correspondant à la situation nouvelle. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous refusez expressément ce nouveau tarif, dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, nous pourrions résilier votre adhésion au terme de

ce délai. La résiliation prendra effet à l'expiration de ce délai de 30 jours.

Lorsque le changement entraîne **une diminution du risque**, nous vous informerons dans les 30 jours de la réduction de la cotisation. Si à l'issue de ce délai de 30 jours, nous ne vous avons pas informé ou si nous ne réduisons pas la cotisation, vous pourrez résilier votre adhésion par lettre recommandée.

La résiliation prendra effet 30 jours après l'envoi de votre lettre.

### 5. PRESCRIPTION

**Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- 1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où nous en avons 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.**

**Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;**
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance et cette interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;**
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).**

**La prescription est également interrompue par :**

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;**

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et que vous-même ou le bénéficiaire nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La prescription est portée à 10 ans pour la garantie décès.

Aux termes de l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré. Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

### Article 3 *Date d'effet de l'adhésion et des garanties – modifications en cours d'adhésion*

#### 1. DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Sous réserve de notre acceptation du risque et du paiement de la première cotisation, votre adhésion et vos garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion à condition que vous l'ayez signé et retourné dans les délais prévus par celui-ci.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 « Cotisation », votre adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet et **se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement. Nous ne pouvons plus dénoncer l'adhésion, à l'échéance annuelle, après l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la prise d'effet de l'adhésion,**

**sauf en cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration.**

#### 2. MODIFICATION DES GARANTIES EN COURS D'ADHÉSION

En cours d'adhésion, vous pouvez demander à changer de forfait de base et/ou modifier les options de garanties. Dans ces cas, vous devez en faire la demande par lettre recommandée et nous l'adresser 2 mois au moins avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. La modification demandée prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant, sous réserve le cas échéant, de l'acceptation suite aux formalités auxquelles nous la subordonnons. Par dérogation à ce qui précède, il est précisé que si l'adhésion a pris effet au cours du 2<sup>nd</sup> semestre d'une année N d'assurance, la première modification du forfait demandée ne pourra prendre effet que le 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'assurance N + 2.

Lorsque la demande, motivée par un changement de votre situation de famille, concerne la garantie rente de conjoint (article 12) ou la garantie Rente d'éducation (article 13), la modification prend effet le 1<sup>er</sup> jour du trimestre suivant celui au cours duquel vous nous avez fait votre demande sous réserve qu'elle soit adressée dans les 2 mois qui suivent l'évènement et de notre acceptation.

**Si vous demandez la cessation de l'option « exclusions supplémentaires » prévue pour les garanties incapacité-invalidité, cette cessation prendra effet à l'expiration de l'année civile complète suivant celle de la demande. En outre, vous ne pourrez plus souscrire cette option ultérieurement.**

Si vous avez opté pour la garantie complémentaire des dividendes « non Madelin » en cas d'incapacité-invalidité, en cas de modification de la franchise et/ou du taux de la garantie en cas d'incapacité-invalidité « Madelin », cette modification sera applicable de plein droit à la garantie complémentaire des dividendes.



En tout état de cause, si vous désirez augmenter le forfait servant de base au calcul des prestations et de la cotisation et/ou souscrire à une nouvelle garantie, excepté la garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident (article 11), vous devrez vous soumettre aux formalités médicales mentionnées à l'article 2.2, comme s'il s'agissait d'une nouvelle adhésion au contrat. Il en sera de même si vous demandez à diminuer le délai de franchise de la ou des garantie(s) en cas d'incapacité - invalidité (article 17). Si nous nous prononçons pour le refus de l'augmentation souhaitée, vous resterez garanti dans les conditions prévues avant votre demande.

## Article 4 Cessation de l'adhésion, des garanties et des prestations

### 1. CESSATION DE L'ADHÉSION

Votre adhésion au contrat prend fin :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez demandé la cessation de votre adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation nous ait été notifiée par lettre recommandée deux mois au moins avant cette date,
- dans les conditions de l'article 6 si la cotisation n'est plus réglée,
- si vous cessez d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant nous en aviser dans un délai d'un mois,
- à la date de cessation de votre activité en qualité de travailleur non salarié, sauf application des dispositions de l'article 7,
- à la date de liquidation de la pension de votre régime de retraite de base, y compris pour inaptitude au travail,
- à la date à laquelle nous résilions votre adhésion,
- à la date de résiliation du contrat souscrit avec l'association, sauf application des dispositions de l'article 7.

Dans ce cas, vous pourrez bénéficier, si vous avez au moins 2 ans d'adhésion au contrat à la date de la résiliation, d'un maintien des garanties jusqu'à la date de liquidation de la pension de votre régime de retraite de base, moyennant le paiement de la cotisation que nous vous indiquerons. Vous ne pourrez plus bénéficier, dans cette situation, de la fiscalité liée à l'article 154 bis du Code général des impôts.

## 2. CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Vos garanties cessent à la date :

- de cessation de votre adhésion dans les conditions du paragraphe 1. ci-dessus ;
- de liquidation de votre pension vieillesse de votre régime social de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- de votre 75<sup>e</sup> anniversaire pour la garantie en cas de décès (article 9) ;
- de votre 67<sup>e</sup> anniversaire pour les garanties en cas de décès des articles 11, 12, 13, et 15 (ou 62 ans pour la garantie rente de conjoint selon l'âge retenu lors de la souscription de la garantie) ;
- de votre 62<sup>e</sup> anniversaire pour les garanties en cas d'invalidité absolue et définitive (articles 10, 11, 12 et 13) ;
- pour les garanties en cas d'incapacité - invalidité (article 17) :
  - à la date de votre 62<sup>e</sup> anniversaire pour la garantie en cas d'invalidité permanente,
  - à la date de votre 67<sup>e</sup> anniversaire pour la garantie en cas d'incapacité temporaire totale ;
- à la date de votre 67<sup>e</sup> anniversaire pour la garantie Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail (article 7). **Cette garantie accordée tant que dure votre arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération, cesse en tout état de cause à la date de votre reprise ou de votre aptitude médicalement constatée à votre reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité.**

En outre, en cas de résiliation du contrat, les dispositions spécifiques prévues à l'article 8 seront applicables et **les garanties prévues à l'article 14 et 15 reposant sur la tête de votre conjoint ou partenaire ou concubin et/ou des enfants à charge de douze ans ou plus cessent à la date de résiliation du contrat.**

La garantie en cas de décès du conjoint ou partenaire (article 14) prend fin :

- à la date de cessation de l'adhésion,
- à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ou à la date de rupture du PACS,
- et en tout état de cause le jour du 62<sup>e</sup> anniversaire de votre conjoint ou partenaire.

La garantie Allocation d'obsèques (article 15) prend fin pour votre conjoint, partenaire ou

concubin et les enfants à charge de 12 ans ou plus, à la date de cessation de l'adhésion prévue au paragraphe 1. ci-dessus et en tout état de cause :

- pour votre conjoint : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive et, en tout état de cause, le jour de son 65<sup>e</sup> anniversaire,
- pour votre partenaire : à la date de rupture du PACS et, en tout état de cause, le jour de son 65<sup>e</sup> anniversaire,
- pour votre concubin : à la date de cessation du concubinage et, en tout état de cause, le jour de son 65<sup>e</sup> anniversaire,
- pour les enfants de 12 ans ou plus : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du Titre I.

**Le service des prestations cesse en tout état de cause dans les conditions prévues par l'article les concernant.**

## **Article 5 Réclamation – médiation – Protection des données personnelles – Vie privée**

Les coordonnées des services et du site Internet visés au présent article sont précisés au certificat d'adhésion.

### **1. RÉCLAMATION – MÉDIATION**

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'adhérent ou ses ayants droit (ou toute personne susceptible de bénéficier des prestations) peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur.

Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé réception de sa réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant sa réception.

La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, le demandeur pourra saisir la Médiation de l'Assurance.

Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès de son conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet.

## **2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES – VIE PRIVÉE**

Nous traitons les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) dans le respect de la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur.

Les personnes précitées ont la possibilité de porter plainte auprès de la CNIL ou de contacter le Correspondant Informatique et Libertés à :

**Groupama SA – Correspondant Informatique et Libertés – 8-10, rue d'Astorg 75383 Paris Cedex 08, ou par mail à [cil@groupama.com](mailto:cil@groupama.com)**

Le traitement des données est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon finalités détaillées ci-dessous.

### **Droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition**

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées les concernant, en s'adressant à nous par courrier postal ou sur notre site internet.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès de notre médecin conseil.

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées selon les délais de prescriptions légaux applicables.

Les personnes précitées disposent également d'un droit de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

## **Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects**

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales de notre part pour des produits et services analogues (Assurances, Banques et Services) à ceux dont vous bénéficiez et adaptés à vos besoins, ainsi que de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier votre choix en vous adressant à nous.

Conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation, nous vous informons que vous pouvez refuser de faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, en vous inscrivant, gratuitement, sur la liste d'opposition nationale au démarchage téléphonique (Bloctel), et que nous pouvons continuer à vous appeler dans le cadre de nos relations contractuelles.

Les données vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont nécessaires à la gestion des relations commerciales et contractuelles.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à nos délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires et sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat dans la constatation, l'évaluation et le règlement des sinistres, aux organismes sociaux lorsque nous offrons des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations vous concernant ou concernant vos ayants droit peuvent également être transmises à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du

contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

## **Lutte contre la fraude à l'assurance**

Vous (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) êtes également informés que nous mettons en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant toute personne partie ou intéressée au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

## **Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à nos obligations légales, nous mettons en œuvre des traitements de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

## **Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de votre qualité de sociétaire Groupama et d'adhérent à l'association contractante, certaines données peuvent être utilisées pour vous adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Assemblées Générales légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion des différentes instances (ex : statuts, délibérations...),

par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Vous pouvez vous opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles.

Vous pouvez également vous opposer à la transmission par voie électronique des convocations aux Assemblées Générales (sauf si statutairement prévu), ainsi qu'aux documents nécessaires à la gestion des instances. Dans ce cas, ces convocations légalement prévues vous seront transmises par courrier postal, et les documents utiles à la gestion des instances pourront être transmis soit par courrier, soit par tout autre canal (consultation sur site...).

### **Enregistrements téléphoniques**

Dans le cadre de nos relations, vous (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) pouvez être amenés à nous téléphoner. Nous vous informons que ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de nous assurer de la bonne exécution de nos prestations à votre égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés à nos seuls services en charge de l'appel considéré.

Si vous (ou toute personne partie ou intéressée au contrat) avez été enregistré et souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande selon les modalités décrites ci-dessus (voir rubrique « **Droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition** »).

### **Recueil et traitement de données de santé**

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la gestion du contrat, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées à nos médecins conseil ou à ceux d'autres entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à notre service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment les délégataires ou experts médicaux).

Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

### **Transferts d'informations hors de l'Union européenne**

Des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union européenne, ce dont les intéressés sont informés par les présentes dispositions et autorisent de manière expresse.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution du contrat et de nos relations, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux nous permettant notamment d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de nos droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées (selon exceptions visées à l'article 69 de la loi Informatique et Libertés).

Ces transferts s'effectuent conformément aux exigences légales, aux directives de la Commission Européenne et de la CNIL, et peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'encadrements juridiques spécifiques par nous (ou par les entités du Groupe Groupama) pour garantir un niveau suffisant de protection des données à caractère personnel.

Ces informations (strictement limitées), sont destinées aux seuls destinataires susceptibles d'intervenir dans le cadre des finalités prévues par le présent contrat et décrites ci-dessus.

### **Études, statistiques**

Nous ainsi que les entités du groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sommes également susceptibles d'utiliser et d'exploiter des données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer nos offres de produits et services, de personnalisation de nos relations avec les intéressés.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par les intéressés eux-mêmes lors de leur navigation sur notre site internet, de l'usage de certaines fonctionnalités de ce site ou de notre application mobile (et ce conformément

à nos politiques « vie privée et données personnelles » et « cookies » accessibles sur notre site internet ou prévues aux Conditions Générales d'Utilisation du site ou de l'application mobile).

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes. L'ensemble des données personnelles sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment celles relatives au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel.

Ces mentions informatives sont visualisables à tout moment sur notre site internet et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique « Mentions légales »).

## Article 6 Cotisation

### 1. FIXATION ET PAIEMENT

La cotisation annuelle est déterminée sur la base du forfait choisi et selon votre âge, votre activité professionnelle, votre régime social obligatoire ainsi que les garanties souscrites à la date de votre adhésion. Pour la rente d'éducation, le nombre d'enfant concerné par la garantie est pris en compte. La cotisation est éventuellement majorée en fonction de votre état de santé.

Elle est payable trimestriellement d'avance.

### 2. DÉFAUT DE PAIEMENT

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt 10 jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, vous adresser une lettre recommandée de mise en demeure. La lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, vous êtes exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

L'association contractante nous donne mandat pour exercer cette action.

Par ailleurs, nous nous réservons le droit de poursuivre contre vous l'exécution des cotisations impayées conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

## 3. RÉVISION DE LA COTISATION

### 3.1 Évolution des taxes et/ou contributions de nature fiscale ou sociale

Toute évolution ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite sera mise à votre charge et payable en même temps que la cotisation.

### 3.2 Autres évolutions

En accord avec l'association contractante, les cotisations peuvent en outre évoluer en fonction :

- de toutes modifications législatives et réglementaires applicables au contrat autres que celles prévues au 3.1 ci-dessus ;
- des résultats techniques du contrat.

Si vous refusez cette modification, vous pourrez résilier votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter du moment où vous en aurez été informé en nous adressant une lettre recommandée ; vous êtes néanmoins tenu de verser la part de cotisation, calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

Un mois après l'envoi de cette lettre, votre adhésion au contrat sera résiliée.

### Article 7 Exonération du paiement de la cotisation – maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Si vous êtes en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de votre 67<sup>e</sup> anniversaire, vous continuez à bénéficier des garanties souscrites dans les conditions du contrat :

- **sous réserve que les cotisations continuent à nous être versées**, tant que vous ne bénéficiez pas des dispositions relatives à l'exonération du paiement de la cotisation prévues au paragraphe 1. ci-dessous,
- **sans contrepartie de cotisation**, dès la date d'application des dispositions prévues au paragraphe 1.

## 1. DÉTERMINATION DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de votre 67<sup>e</sup> anniversaire, la cotisation relative aux garanties souscrites cesse d'être due :

- **dans le cas où vous avez souscrit la garantie en cas d'incapacité-invalidité (article 17) :** dès le versement des prestations prévues au titre des garanties en cas d'arrêt total de travail et pendant toute la durée de leur versement mais au plus tôt, à compter du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail total et continu.
- **dans le cas contraire :** à compter du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt total et continu de travail.

**Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail, si nous avons reconnu votre état d'incapacité temporaire totale de travail ou votre état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 17.**

Tant que vous êtes exonéré du paiement de la cotisation dans les conditions ci-dessus, les garanties souscrites accordées en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive sont maintenues aux conditions prévues aux articles correspondants.

**Les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident survenu à compter de la date d'effet de votre adhésion au contrat.**

## 2. DÉCLARATION ET JUSTIFICATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

**La preuve de l'arrêt de travail vous incombe et vous êtes tenu de nous le déclarer par écrit, dans les délais suivants :**

- **dans le cas où vous avez souscrit la garantie en cas d'incapacité-invalidité (article 17) :** dans les 3 mois suivants la date d'arrêt du travail ;
- **dans le cas contraire :** dans le mois qui suit la date de votre arrêt du travail.

**Les arrêts de travail déclarés hors délai ne donneront pas lieu à exonération du paiement de la cotisation pour la période antérieure à la déclaration.**

Cette déclaration, à transmettre sous pli confidentiel à notre médecin conseil, doit être accompagnée :

- d'un certificat médical mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident ;
- et de l'attestation médicale confidentialisée du modèle que nous vous fournissons dûment complétée par votre médecin traitant.

Nous nous réservons la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'application de la garantie.

Si vous avez souscrit la garantie en cas d'incapacité-invalidité (article 17), les documents fournis au titre de celle-ci sont suffisants.

**En cas de reprise du travail, vous devez nous en informer immédiatement.**

## 3. RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

Nous nous réservons expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité. À cet effet, les dispositions du paragraphe 3.5. de l'article 17 sont applicables dans le cadre de la présente garantie.

### 4. RISQUES EXCLUS

*Les risques exclus au titre de la garantie Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail sont identiques à ceux prévus au paragraphe 3.2. de l'article 17 et au paragraphe 3.3 de l'article 17, si vous avez retenu l'option "exclusions supplémentaires".*

## 5. DURÉE ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

**Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération.**

**Il prend fin lors de votre reprise ou de votre aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité.**

Il cesse en outre, au plus tard, à la date de liquidation de la pension de votre régime d'assurance vieillesse de base (y compris pour inaptitude au travail) et, en tout état de cause, le jour où vous atteignez l'âge de 67 ans.

## **Article 8 Dispositions applicables en cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat**

### **1. LORSQUE VOUS AVEZ SOUSCRIT LES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ - INVALIDITÉ (ARTICLE 17) DU PRÉSENT CONTRAT**

Le service des indemnités journalières et des rentes et/ou leur revalorisation acquise à la date de résiliation ainsi que le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive souscrites reposant sur votre tête (articles 9, 10, 11, 12, 13 et 15) accordé au titre de l'exonération (article 7) sont poursuivis, dans les conditions contractuelles, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

Le maintien des garanties prévu ci-dessus cesse dans les conditions de l'article 4 et au plus tard à la date de la liquidation de la pension de l'assurance vieillesse de votre régime social de base, y compris pour inaptitude au travail.

### **2. SI VOUS N'AVEZ PAS SOUSCRIT LES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ - INVALIDITÉ (ARTICLE 17) DU PRÉSENT CONTRAT**

Le service des rentes en cas de décès et/ou d'invalidité absolue et définitive en cours est maintenu, dans les conditions contractuelles, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure. **Le maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive reposant sur votre tête (articles 9, 10, 11, 12, 13 et 15) accordé au titre de l'exonération cesse à la date de résiliation.**

### **3. DANS TOUS LES CAS**

**Le bénéfice des garanties en cas de décès du conjoint, partenaire, concubin et des enfants à charge (articles 14 et 15) cesse à la date de résiliation.**



## Titre III – Décès et invalidité absolue et définitive

### Article 9 *Décès*

#### 1. DÉFINITION

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), si vous décédez, une prestation dont le montant est calculé en pourcentage du forfait de base que vous avez retenu.

La prestation due est majorée d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.

Votre situation de famille est appréciée à la date de votre décès au regard de l'État civil.

##### 1.1 Garantie « Madelin »

La prestation est servie sous la forme d'une rente immédiate :

- payable sous condition de vie jusqu'au jour où le bénéficiaire atteindra l'âge de 25 ans, si le bénéficiaire est âgé de moins de 15 ans à la date du décès,
- payable sous condition de vie pendant 10 ans, si le bénéficiaire est âgé de 15 ans ou plus et de moins de 25 ans à la date du décès,
- ou, au choix du bénéficiaire s'il est âgé de 25 ans ou plus à la date du décès sous forme :
  - d'une rente viagère,
  - ou d'une rente immédiate payable sous condition de vie pendant 10 ans,
  - ou d'une rente immédiate payable sous condition de vie pendant 20 ans.

**Si aucun choix ne nous est formulé dans le délai maximum de 2 mois à compter de la date du décès, nous verserons une rente viagère.**

La rente est calculée à la date du décès en appliquant au montant prévu au certificat d'adhésion, le taux de rente établi en fonction des tables de mortalité en vigueur à la date de votre décès, de l'âge du bénéficiaire concerné et du taux technique fixé dans la limite du maximum autorisé par la réglementation à cette date.

##### 1.2 Garantie « non Madelin »

La prestation est versée sous forme de capital.

#### Option de la garantie : capital d'urgence

Si vous comptez 12 mois d'adhésion et lorsque le bénéficiaire est unique et majeur, nous pouvons verser sur demande du bénéficiaire, une avance sur le capital décès dont le montant est indiqué au tableau de garanties de la présente notice et au certificat d'adhésion, à réception des pièces justificatives mentionnées au paragraphe 5.2 du présent article. Le solde est versé au bénéficiaire désigné à réception des pièces justificatives complémentaires mentionnées à l'article 5.1.

#### 2. RÉDUCTION DE LA GARANTIE DÉCÈS

Si vous poursuivez votre activité professionnelle après votre 67<sup>e</sup> anniversaire, le montant de la prestation versée est réduit :

- d'un tiers à compter de cet anniversaire,
- de deux tiers à compter de votre 70<sup>e</sup> anniversaire.

#### 3. RISQUES EXCLUS

*La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :*

- *le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la 1<sup>re</sup> année d'adhésion au contrat.*
- *le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.*

#### 4. ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, la prestation garantie revient à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à vos autres héritiers.

Si vous désirez que la prestation garantie ne soit pas attribuée selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, vous devez désigner le ou les bénéficiaires de votre choix et nous en faire la déclaration.



Cette désignation peut être faite soit par acte sous seing privé soit par acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et faciliter la recherche de(s) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom et prénoms, nom de naissance pour les femmes, date et lieu de naissance, adresse.

Il est précisé que nous mettons à votre disposition un imprimé intitulé « Désignation de bénéficiaire » comportant des recommandations utiles à l'attribution du bénéfice de l'assurance décès lors de votre adhésion ou en cas de changement de désignation ultérieure.

**Toute désignation ou changement de désignation doit être porté à notre connaissance.**

**Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).**

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de votre adhésion au contrat, lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé par nous, vous et bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation ne nous est opposable que lorsqu'elle nous a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

**Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.**

L'ouverture du droit des bénéficiaires à la prestation garantie est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour de votre décès.

## 5. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

### 5.1 Dispositions générales

Le décès doit être déclaré le plus rapidement possible en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, qui comprennent :

- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu, à transmettre sous pli confidentiel à notre médecin conseil,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- tout document complémentaire permettant l'attribution des prestations :
  - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille et/ou un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire, un acte de notoriété et si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
  - les coordonnées bancaires nécessaires au règlement.

Il est précisé que nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation, notamment en cas de décès survenu à l'étranger.

### 5.2 Dispositions relatives à l'avance sur le capital décès (capital d'urgence)

Les pièces nécessaires au règlement de l'avance sur le capital décès sont les suivantes :

- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- une photocopie intégrale du livret de famille,
- la preuve du PACS, le cas échéant,
- une photocopie recto/verso de la carte d'identité du bénéficiaire,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire (pour un virement) ou les coordonnées du bénéficiaire (pour un paiement par chèque).

Le cas échéant, nous nous réservons le droit de demander toute pièce complémentaire permettant de justifier que le bénéficiaire est unique.

## 6. PAIEMENT DES PRESTATIONS

### 6.1 Paiement des rentes

La rente est due dès votre décès.

Elle est payable, à la date de notre réception des pièces justificatives, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à terme échu à la fin de chaque

trimestre civil sans arrérages au décès du(des) bénéficiaire(s).

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de votre décès et l'échéance trimestrielle suivante.

En cas de pluralité de bénéficiaires, la rente est partagée en fonction de la répartition que vous avez éventuellement indiquée ou en l'absence de répartition ou de bénéficiaire désigné, de façon égale entre bénéficiaires de même rang.

## 6.2 Paiement des capitaux décès

Le règlement de la prestation est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans le mois suivant la date de notre réception des pièces justificatives.

En cas de pluralité de bénéficiaires :

- le capital est partagé en fonction de la répartition que vous avez éventuellement indiquée ou en l'absence de répartition ou de bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre bénéficiaires de même rang,
- le paiement du capital est indivisible à notre égard et nous réglons sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

Le virement bancaire du capital d'urgence est émis dans un délai de 6 jours ouvrés (définis comme 6 jours effectivement travaillés dans notre entreprise) à compter de la réception des pièces justificatives que nous avons demandées. Si nous ne disposons pas de relevé d'identité bancaire, nous adresserons un chèque dans ce même délai.

## Article 10 Invalidité absolue et définitive

### 1. DÉFINITION

Vous êtes reconnu en état d'invalidité absolue et définitive :

- si vous êtes, consécutivement à une maladie ou à un accident, atteint d'une invalidité vous mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer) ;

- et que cet état est constaté avant l'âge d'admission à la retraite de votre régime social de base et, au plus tard, lors de votre 62<sup>e</sup> anniversaire.

L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par notre médecin conseil indépendamment des décisions de votre régime social obligatoire.

Votre situation de famille est appréciée, au regard de l'État civil, à la date d'exigibilité de la prestation à savoir six mois après la date de notre reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

### 1.1 Garantie « Madelin »

Au titre de cette garantie, nous vous versons **une rente viagère immédiate**, calculée à la date d'exigibilité de la prestation, en appliquant au montant prévu au certificat d'adhésion, le taux de rente établi en fonction des tables de mortalité en vigueur à cette date, de votre âge et du taux technique fixé dans la limite du maximum autorisé par la réglementation à cette date. Le montant de la rente est calculé en pourcentage du forfait de base tel que défini au Titre I.

**Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin, à votre garantie en cas de décès (article 9.1).**

### 1.2 Garantie « non Madelin »

Au titre de cette garantie, nous vous versons **un capital identique à celui prévu à l'article 9.2.**

**Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin, à votre garantie en cas de décès (article 9.2).**

## 2. RISQUES EXCLUS

*La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :*

- *accident ou maladie que vous causez intentionnellement ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active,*
- *accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*

*En outre, sauf application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances et des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la déclaration d'adhésion n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée par lettre recommandée.*

## 3. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

### 3.1 Formalités à accomplir

**La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive vous incombe et vous êtes tenu de nous en apporter la preuve, au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant :**

- un certificat médical détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre sous pli confidentiel à notre médecin conseil,
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne telle que la notification de l'attribution par le régime social de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille, ou si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,

- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive,

**Il est précisé que nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.**

**Pour être recevable, cette déclaration doit nous parvenir, au plus tard, deux mois après votre 62<sup>e</sup> anniversaire sous peine de déchéance.**

### 3.2 Reconnaissance et contrôle de l'état d'invalidité absolue et définitive

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, nous nous réservons le droit de nous livrer à tout contrôle et de vous soumettre à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler votre état d'invalidité absolue et définitive.

À cet effet, nos médecins, agents ou délégués doivent pouvoir se rendre auprès de vous et vous vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. **Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux, nous sommes autorisés à surseoir de plein droit au paiement des prestations.**

Vous pouvez, si vous le souhaitez, vous faire assister par un médecin de votre choix, à vos frais.

En cas de désaccord entre votre médecin et le nôtre portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, nous pourrions choisir ensemble un 3<sup>e</sup> médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous et nous.

En tout état de cause, le service de la prestation peut cesser en fonction de l'évolution de votre état de santé.

### 3.3 Date d'exigibilité et règlement de la prestation

La prestation garantie est exigible six mois après la date de notre reconnaissance de votre état d'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état. Si vous décédez avant la date d'exigibilité de la prestation, une prestation sera servie au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 9.4.

La prestation en rente est payable à vous-même, à terme échu à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérage à votre décès. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date d'exigibilité de la prestation et l'échéance trimestrielle suivante.

## **Article 11 Décès ou invalidité absolue et définitive consécutif à un accident**

### **1. DÉFINITION**

La garantie a pour objet de verser, une prestation supplémentaire :

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) à l'article 9.4, si vous décédez avant l'âge de 67 ans consécutivement à un accident,

ou

- à vous-même, si en raison d'un accident, vous êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive telle que définie à l'article 10 avant l'âge de 62 ans.

**La garantie s'applique, à condition que le décès ou l'invalidité absolue et définitive survienne, au plus tard, 12 mois après l'accident.**

Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident met fin à votre garantie prévue en cas de décès par accident.

#### **1.1 Garantie « Madelin »**

Au titre de cette garantie, nous versons une rente supplémentaire dont le montant est exprimé en pourcentage de la prestation décès (article 9.1) et indiqué au certificat d'adhésion.

#### **2.2 Garantie « non Madelin »**

Au titre de cette garantie, nous versons un capital supplémentaire dont le montant est exprimé en pourcentage du capital décès (article 9.2) est indiqué au certificat d'adhésion.

## **2. RISQUES EXCLUS**

*La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :*

- *maladie, même d'origine accidentelle,*
- *accident que vous causez intentionnellement ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,*
- *accident résultant de votre état d'imprégnation alcoolique définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'empire d'un état alcoolique,*
- *accident occasionné par une guerre civile ou étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active,*
- *accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.*
- *accident occasionné par la pratique :*
  - 1. des sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe > V, rivières de classe > II, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump ;*
  - 2. d'un sport dans un but lucratif, quand sa rémunération repose sur son exercice en compétition, sous quelque forme et à quelque niveau que ce soit.*
  - 3. des sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning ;*
  - 4. des sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing ;*
  - 5. des sports nautiques : plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 20 m de profondeur, surf en compétition, hydro speed ;*
  - 6. des sports de défense et de combat en compétition tels que : aikido, boxe, escrime, judo, ju-jitsu, karaté, krav maga, lutte, taekwondo.*

### 3. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les formalités sont celles définies aux articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive. Outre les pièces justificatives énumérées aux dits articles, la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive doit nous être apportée, par tout document. La prestation est versée dans les conditions définies aux articles 9 et 10 pour les garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive.

**Il est précisé que nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.**

#### Article 12 Rente de conjoint ou partenaire ou concubin

**À la date de votre demande de souscription de cette garantie, vous devez avoir un conjoint ou partenaire ou concubin au sens du contrat. À défaut, vous ne pouvez souscrire cette garantie.**

#### 1. DÉFINITION

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente viagère, au profit de votre conjoint, à défaut au profit de votre partenaire ou concubin, si vous décédez.

Cette rente peut être complétée par une rente d'attente temporaire, si à la date de votre décès, votre conjoint, partenaire ou concubin :

- est âgé de moins de 60 ans,
- a, au maximum, un seul enfant à charge âgé de moins de 25 ans.

Vous pouvez choisir :

- une **rente variable** : dans ce cas, le montant de la rente est déterminé en fonction de votre âge lors de votre décès, selon l'âge que vous aurez retenu (avant vos 62 ou 67 ans) et indiqué au certificat d'adhésion ;
- ou
- une **rente constante** : dans ce cas, le montant de la rente est fixé uniformément quel que soit votre âge lors de votre décès, celui-ci devant survenir avant la date de votre 67<sup>e</sup> anniversaire.

Selon votre choix, le montant de la rente viagère et de la rente d'attente temporaire est déterminé en appliquant les formules suivantes :

	Rente variable	Rente constante
Rente viagère et Rente d'attente temporaire	$(t \% \times F) (A - X)^1$ $(t \% \times F) (X - 25)^2$	$t \% \times F$ $t \% \times F$

Le montant de la prestation correspondant à la rente retenue est indiqué à votre certificat d'adhésion.

Dans les formules ci-dessus :

« t » représente le taux fixé au certificat d'adhésion ;

« F » représente le forfait de base tel que défini au Titre I ;

« A » représente 62 ou 67 selon l'âge retenu pour la rente variable, indiqué au certificat d'adhésion ;

« X » représente votre âge à la date de votre décès (différence entre le millésime de l'année au cours de laquelle le décès s'est produit et le millésime de votre année de naissance).

*1. Le nombre d'années pris en considération pour la détermination de la rente viagère immédiate ne peut être inférieur à 5.*

*2. Une année au minimum et quarante années au maximum seront prises en considération pour le calcul de la rente d'attente temporaire.*

#### 2. RISQUES EXCLUS

**Les risques exclus sont ceux prévus à l'article 9 au titre de la garantie en cas de décès.**

### 3. FORMALITÉS A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES RENTES

Les formalités sont celles définies à l'article 9 pour la garantie en cas de décès. En outre, si vous vivez en concubinage au jour du décès, la preuve du concubinage et de sa durée devra en être apportée selon les dispositions du paragraphe CONCUBINAGE du Titre I.

**Attribution des rentes** : la rente viagère immédiate et la rente d'attente temporaire reviennent de plein droit à votre conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut à votre partenaire et à défaut à votre concubin.

**Service des rentes** : les rentes de conjoint, partenaire ou concubin sont dues dès votre décès. Elles sont payables à réception des

pièces justificatives, à la fin de chaque trimestre civil, à terme échu, sans arrérages au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de votre décès et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente d'attente temporaire est servie au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel votre conjoint, partenaire ou concubin bénéficiaire atteint son 60<sup>e</sup> anniversaire. Son versement cesse en outre en cas de mariage ou remariage de ce bénéficiaire ou en cas de conclusion d'un PACS par ce dernier.

Les arrérages sont éventuellement majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.

## 4. GARANTIE SI VOUS N'AVEZ PLUS NI CONJOINT, NI PARTENAIRE, NI CONCUBIN

### 4.1 Définition

Si vous n'avez plus ni conjoint, ni partenaire, ni concubin, à la date de votre décès, cette garantie a pour objet, le versement :

- **d'une rente immédiate** en cas de décès survenant avant la date de votre 62<sup>e</sup> ou 67<sup>e</sup> anniversaire selon la formule retenue lors de la souscription de la garantie rente de conjoint, ou d'invalidité absolue et définitive avant votre 62<sup>e</sup> anniversaire telle que définie à l'article 10.

*Si vous décédez, il est versé :*

- si le bénéficiaire est âgé de moins de 15 ans à la date du décès : une rente payable sous condition de vie jusqu'au jour où le bénéficiaire atteindra l'âge de 25 ans,
- si le bénéficiaire est âgé de 15 ans ou plus et de moins de 25 ans à la date du décès : une rente payable sous condition de vie pendant 10 ans,
- ou, au choix du bénéficiaire s'il est âgé de 25 ans ou plus à la date du décès :
  - une rente viagère ;
  - ou une rente payable sous condition de vie pendant 10 ans ;
  - ou une rente payable sous condition de vie pendant 20 ans,

*Si vous êtes atteint d'invalidité absolue et définitive, il est versé :*  
une rente viagère.

Cette rente, déterminée et versée dans les mêmes conditions que celles précisées aux articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive, est calculée sur la base du montant fixé au certificat d'adhésion en pourcentage du forfait de base tel que défini au Titre I. Elle est calculée à la date du décès ou de son exigibilité en cas d'invalidité absolue et définitive en appliquant au montant prévu au certificat d'adhésion, le taux de rente établi en fonction des tables de mortalité en vigueur à cette date, de l'âge du bénéficiaire concerné ou de votre âge et du taux technique fixé dans la limite du maximum autorisé par la réglementation à cette date.

ET

- **d'une rente temporaire d'orphelin de père et de mère** en cas de décès survenant avant la date de votre 62<sup>e</sup> ou 67<sup>e</sup> anniversaire selon la formule retenue lors de la souscription de la garantie rente de conjoint.

Le montant de cette rente, servie au profit des enfants orphelins de père et de mère qui sont à votre charge au sens du Titre I, à la date de votre décès, est fixé au certificat d'adhésion en pourcentage du forfait de base tel que défini au Titre I. **Il est précisé que cette rente n'est pas versée si vous êtes atteint d'une invalidité absolue et définitive.**

### 4.2 RISQUES EXCLUS

*Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.*

### 4.3 Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les formalités sont celles définies aux articles 9 et 10 – selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive – et à l'article 13 pour la rente d'orphelins de père et de mère. Il est précisé que nous nous réservons la possibilité de réclamer toute pièce justificative du décès du parent prédécédé.

### 4.4 Attribution et service des rentes

*Si vous décédez :*

- les rentes sont dues dès votre décès ;
- la rente immédiate en cas de décès est attribuée dans les conditions prévues à l'article 9 en cas de décès ; elle est payable,

à réception des pièces justificatives, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions prévues à l'article 9.4 ;

- la rente temporaire d'orphelin pour les enfants orphelins de père et de mère qui sont à votre charge au sens du Titre I, à la date du décès, est attribuée à ces enfants; elle est payable dans les conditions prévues en cas de décès à l'article 13 pour la garantie Rente d'éducation.

L'ouverture du droit des bénéficiaires à la prestation garantie est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès. Les arrérages de rente servis en cas de décès sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.

#### **En cas d'invalidité absolue et définitive**

La rente immédiate en cas d'invalidité absolue et définitive est attribuée et payable dans les conditions prévues à l'article 10 en cas d'invalidité absolue et définitive.

## **Article 13 Rente d'éducation**

**Vous ne pouvez la souscrire que si vous avez au moins un enfant à charge au sens du présent contrat, à la date à laquelle vous en faites la demande. Il convient de préciser le nombre d'enfant(s) pour lequel vous souscrivez cette garantie sachant que la cotisation est fixée en pourcentage du forfait que vous avez retenu et de ce nombre « N » déclaré d'enfant(s).**

### **1. DÉFINITION**

Si vous décédez avant 67 ans ou êtes reconnu atteint d'une invalidité absolue et définitive avant 62 ans telle que définie à l'article 10, nous versons à chacun des enfants à charge définis au Titre I, **une rente temporaire immédiate.**

Le montant annuel de la rente est déterminé, à l'origine, suivant l'âge de l'enfant à la date du décès ou à la date d'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive. Il progresse ensuite, en fonction de l'âge de l'enfant. Le changement de taux s'effectue au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge fixé au certificat d'adhésion.

Pour l'enfant handicapé, le montant de la rente est fixé uniformément, quel que soit son âge.

Le montant annuel de la rente précisé au certificat d'adhésion est fixé en pourcentage du forfait de base retenu tel que défini au Titre I. Le décès survenant après la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive ne modifie pas la rente.

### **2. RISQUES EXCLUS**

**Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.**

## **3. MODALITÉS DE PAIEMENT DES RENTES**

### **3.1 Formalités à accomplir**

Les pièces justificatives nécessaires au paiement des rentes d'éducation sont celles énumérées aux articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive. Outre ces pièces, les enfants âgés de plus de 21 ans appelés à bénéficier de la rente d'éducation doivent justifier être à charge au sens du Titre I.

Il est précisé que nous nous réservons le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

### **3.2 Attribution et service de la rente d'éducation**

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son 21<sup>e</sup> anniversaire. À cette date, son service est poursuivi, à condition que l'intéressé soit étudiant, apprenti ou handicapé ou qu'il le devienne pendant la durée de ses études ou de son apprentissage. La rente est également versée si à la date de votre décès ou de reconnaissance de votre invalidité absolue et définitive, l'enfant âgé de plus de 21 ans, effectue ses études ou est en apprentissage et est à charge de votre foyer fiscal le cas échéant, ou est handicapé.

Elle est servie tant que l'enfant :

- justifie de la poursuite de ses études ou est sous contrat d'apprentissage. Dans ces cas, son versement cesse au plus tard au 1<sup>er</sup> octobre de l'année au cours de laquelle il atteint son 26<sup>e</sup> anniversaire ;
- étant handicapé, bénéficie d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés ou remplit les

conditions pour en bénéficier lorsque celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources.

Les rentes sont servies :

- durant la minorité de l'enfant :
  - à l'administrateur légal des biens de l'enfant en cas de décès,
  - sur un compte ouvert au nom de l'enfant dès lors que le représentant légal n'est pas l'un des parents,
  - à vous-même en cas d'invalidité absolue et définitive,
- dès la majorité légale de l'enfant, à lui-même.

La rente est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date de votre décès (ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive) et l'échéance trimestrielle suivante. Les arrérages de rente servis en cas de décès sont majorés d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.

#### 4. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Il est rappelé que vous avez indiqué un nombre d'enfant(s) inscrit(s) à la présente garantie et que la cotisation fixée en pourcentage du forfait que vous avez retenu est déterminée en fonction de ce nombre déclaré d'enfant(s).

En conséquence, si à la date du sinistre, **le nombre d'enfants à charge** pouvant bénéficier d'une rente d'éducation est **différent** de celui pour le(s)quel vous avez souscrit la garantie, la rente d'éducation versée à chacun des enfants pouvant en bénéficier est déterminée dans les conditions prévues aux paragraphes précédents mais est affectée d'un coefficient égal à **(N/X)**.

**N** est le nombre d'enfant(s) pour lequel vous avez souscrit la garantie rente d'éducation ;

**X** est le nombre d'enfant(s) à charge bénéficiant effectivement d'une rente d'éducation à la date du décès ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive.

Il est précisé que si vous **n'avez plus** à la date du sinistre, **aucun enfant** à charge susceptible de bénéficier de la rente d'éducation visée ci-dessus, nous versons au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à vous-même, une rente immé-

diante dans les mêmes conditions que celles précisées aux articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Cette rente est calculée à la date du décès ou d'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive en multipliant par « **N** » le montant du capital « **k** » fixé au certificat d'adhésion en pourcentage du forfait de base et en appliquant au résultat obtenu le taux de rente établi en fonction des tables de mortalité en vigueur à cette date, de l'âge du bénéficiaire concerné ou de votre âge et du taux technique fixé dans la limite du maximum autorisé par la réglementation à cette date.

**Les risques exclus sont ceux prévus au titre des articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive.**

Les formalités sont celles définies aux articles 9 et 10 selon qu'il s'agit de décès ou d'invalidité absolue et définitive. Le règlement des rentes est effectué aux mêmes conditions que celles prévues en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

### Article 14 Décès du conjoint ou partenaire survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'adhérent – double effet

#### 1. DÉFINITION

Si votre conjoint ou partenaire décède avant l'âge de 62 ans et dans la mesure où ce décès se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement au vôtre, un capital est versé au profit du ou des enfants à charge à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre conjoint ou partenaire au sens du Titre I à la date du décès de ce dernier.

Le montant de ce capital est exprimé en pourcentage du capital décès prévu à l'article 9.1.2 versé lors de votre décès.

Pour le calcul du capital, il n'est pas tenu compte du capital supplémentaire éventuellement versé en cas de décès consécutif à un accident.

Le capital est majoré d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.



Il est précisé que votre concubin tel que défini au Titre I n'est pas concerné par la présente garantie.

## 2. RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la 1<sup>re</sup> année de garantie de votre conjoint ou partenaire.
- le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.

## 3. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent :

- un extrait de l'acte de décès ;
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille, notamment le cas échéant la preuve du PACS ;
- un certificat médical à transmettre à notre médecin conseil, sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle, ou d'une mort résultant d'un événement exclu ;
- tous documents permettant la justification des charges de famille.

Le règlement des sommes dues est effectué aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 9 en cas de décès.

Il est précisé que nous nous réservons la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires au règlement de la prestation.

**Attribution du bénéfice du capital :** le capital garanti revient au(x) enfant(s) à votre charge à la date de votre décès. En outre, en cas de décès de votre conjoint ou partenaire survenant après votre décès, les enfants doivent demeurer à la charge de votre conjoint ou partenaire au sens du Titre I.

## Article 15 Allocation d'obsèques

### 1. DÉFINITION

Cette garantie a pour objet de verser une allocation si vous décédez, ou en cas de décès de votre conjoint, partenaire ou concubin avant son 65<sup>e</sup> anniversaire ou d'un enfant à charge de 12 ans ou plus tels que définis au Titre I.

Le montant de l'allocation retenu est indiqué au certificat d'adhésion et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

L'allocation due est majorée d'intérêts dans les conditions du paragraphe « intérêts » du Titre I.

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie Allocation d'Obsèques.

### 2. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

#### 2.1 Formalités à accomplir en cas de sinistre

Le décès doit être déclaré le plus rapidement possible en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement :

- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment, si besoin la preuve du PACS ou celle du concubinage,
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

Nous nous réservons le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires au règlement de la prestation.

#### 2.2 Mode de règlement de la prestation

L'allocation garantie est versée :

- si vous décédez : à votre conjoint ou partenaire, à défaut et dans la limite des frais engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.
- en cas de décès de votre conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant de 12 ans ou plus : à vous-même,
- en cas de décès simultanés des personnes garanties et de vous-même : dans la limite des frais engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

## **Article 16 Limites des capitaux en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive**

Le montant maximum des sommes garanties en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, reposant sur votre tête, au titre de l'ensemble de vos adhésions aux contrats de la gamme « Majoritaire Prévoyance » et de la présente gamme « Prévoyance TNS », est en tout état de cause limité à 1 500 000 €.

Pour la détermination de cette limite, il est tenu compte du montant des capitaux constitutifs des garanties exprimées sous forme de rentes, ceux-ci étant déterminés en application du barème réglementaire des rentes viagères et/ou temporaires en vigueur au jour de leur liquidation (tables de mortalité et taux technique maximum admis par la réglementation).

En cas de dépassement de cette limite, l'excédent sera déduit des prestations dues au titre de la garantie optionnelle en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident (article 11).

Si cette garantie n'est pas souscrite ou mise en jeu ou en cas d'insuffisance, l'excédent sera proportionnellement déduit de l'ensemble des garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive (capitaux et rentes) souscrites.



## Titre IV - Incapacité - Invalidité

### Article 17 Incapacité - invalidité

Il est rappelé que :

- la garantie en cas d'incapacité-invalidité « Madelin » vise à compenser la perte de vos revenus professionnels et la garantie complémentaire « non Madelin », la perte de vos dividendes ;
- vous ne pouvez souscrire cette garantie que si vous avez souscrit au moins une garantie prévue en cas de décès (articles 9, 12 et 13) ;
- la garantie complémentaire des dividendes « non Madelin » ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Madelin » en cas d'incapacité - invalidité.

En outre, vous devez retenir, pour l'ensemble des garanties « Madelin », d'une part et « non Madelin » d'autre part, un forfait répondant aux conditions prévues au Titre I.

### 1. DÉFINITIONS ET OBJET DES GARANTIES – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

#### 1.1 Définition

- Par incapacité temporaire complète de travail, il faut entendre une incapacité consécutive à une maladie ou à un accident qui vous place dans la totale incapacité physique ou psychique constatée médicalement et reconnue par nous, d'exercer une activité professionnelle quelconque.
- Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident entraînant votre impossibilité physique ou psychique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par nous, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession vous procurant un revenu équivalent à celui que vous receviez avant l'arrêt de travail.

#### 1.2 Objet

Cette garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente d'un taux supérieur ou égal à 40 %, consécutive à une maladie ou à un accident.

**Ces prestations vous sont versées à la condition que nous vous reconnaissons comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente, telles qu'elles sont définies au paragraphe ci-avant.**

**L'état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente est apprécié par notre médecin conseil indépendamment des décisions de votre régime social de base ou complémentaire obligatoire.**

#### 1.3 Condition d'attribution

Les modalités d'application des garanties sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française.

Si ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification de nos engagements et des vôtres, nous pourrions procéder notamment à un ajustement des cotisations dans les conditions énoncées à l'article 6.3.

Toutefois, nous nous réservons la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de l'adhésion au contrat.

### 2. MONTANT DES PRESTATIONS

#### 2.1 Incapacité temporaire

##### a. Montant

Lorsque nous vous reconnaissons en état d'incapacité temporaire complète de travail, nous vous versons une indemnité journalière, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue dite « franchise », qui peut varier selon la cause de d'arrêt de travail (maladie, accident, hospitalisation). L'indemnité journalière est fixée en pourcentage de la 365<sup>e</sup> partie du forfait retenu pour les

garanties « Madelin » et, le cas échéant, de celui retenu pour la garantie complémentaire des dividendes en cas d'incapacité - invalidité « non Madelin » si celle-ci est souscrite.

**Les indemnités journalières de même nature éventuellement versées par votre régime social obligatoire sont en tout état de cause déduites de celle que nous vous versons.**

La (ou les) franchise(s) et le pourcentage « t » de la 365<sup>e</sup> partie du forfait de base servant au calcul de l'indemnité journalière retenus sont indiqués au certificat d'adhésion.

**Reprise du travail à temps partiel après une période d'incapacité temporaire complète de travail :** si, après une période d'incapacité temporaire totale de travail, vous reprenez ou êtes reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, à temps partiel, les indemnités journalières que nous versons sont réduites de moitié.

### **b. Disposition spécifique concernant la maternité**

**La garantie incapacité temporaire totale est accordée en cas d'arrêt de travail dû un état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement attesté par un certificat médical sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 3.2 du présent article.**

**La garantie est dans ce cas mise en jeu à l'issue de la période de franchise prévue ci avant et dans la mesure où vous comptez plus de 10 mois d'adhésion au contrat à la date présumée de votre accouchement.**

### **c. Modalités de paiement de la prestation**

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que vous êtes en état d'incapacité temporaire complète de travail, vous est payable mensuellement à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie, et au plus tard jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

Son versement cesse en outre :

- au jour de la reconnaissance de votre état d'invalidité permanente ;
- à la date de la liquidation de la pension de retraite de votre régime social de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- le jour où vous atteignez l'âge de 67 ans.

## **2.2 INVALIDITÉ PERMANENTE**

### **a. Détermination du taux d'invalidité « n »**

Le taux d'invalidité « n » est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire de votre médecin traitant et de notre médecin et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après) et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle figurant ci-après.

**Le taux d'invalidité « n » est déterminé indépendamment des décisions de votre régime social obligatoire,** à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie, et au plus tard après 1095 jours d'arrêt de travail.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical.

L'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

**Les taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, retenus pour l'application de la présente garantie, ne peuvent être aggravés par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la déclaration d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière que nous vous avons notifiée par lettre recommandée.**

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

**Le taux « n » ouvrant droit aux prestations en cas d'invalidité permanente doit être au moins égal à 40 %.**

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE (en %)	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE (en %)							
	30	40	50	60	70	80	90	100
10	—	—	—	—	—	40,00	43,27	46,42
20	—	—	—	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	—	—	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	—	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	—	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	—	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	—	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

## b. Montant

Si le taux d'invalidité « n » que nous déterminons est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale. Il vous est alors versé une rente annuelle dont le montant est calculé en appliquant au forfait de base retenu, le pourcentage « t » exprimé au certificat d'adhésion.

Si ce taux « n » que nous déterminons est compris entre 40 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il vous est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente prévue en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à  $n/66$ .

**Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » que nous déterminons n'atteint pas 40 %.**

La rente est fixée en pourcentage du forfait retenu pour les garanties « Madelin » et, le cas échéant, de celui retenu pour la garantie complémentaire des dividendes en cas d'incapacité - invalidité « non Madelin » si celle-ci est souscrite.

**La rente d'invalidité éventuellement versée par votre régime obligatoire, hormis les majorations pour tierce personne, est en tout état de cause déduite de celle que nous vous versons.**

La rente est versée dès la date à laquelle nous vous reconnaissons en invalidité mais au plus tôt à l'issue de la période de franchise prévue au certificat d'adhésion et déterminée le cas

échéant selon la cause de l'invalidité. Le délai de franchise ne sera toutefois pas appliqué si l'invalidité fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale ayant déjà permis son écoulement.

## c. Modalités de paiement de la prestation

Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité. La rente vous est payable, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite de votre régime social de base (y compris pour inaptitude au travail) et, au plus tard, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel vous atteignez l'âge de 62 ans.

## 3. DISPOSITIONS COMMUNES

### 3.1 Reprise du travail inférieure à 2 mois

Lorsque ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus, vous reprenez votre activité et devez l'interrompre moins de 2 mois après cette reprise, pour la même maladie ou le même accident, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, **sous réserve que votre adhésion au contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail. Si votre adhésion n'est plus en vigueur, la rechute n'est pas prise en charge.**

### 3.2 Risques exclus

La garantie en cas d'incapacité-invalidité ne s'applique pas dans les cas suivants :

- accident ou maladie que vous causez intentionnellement ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, si vous y prenez une part active,
- accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français,

De plus, les prestations en cas d'incapacité-invalidité ne sont pas versées pendant la période de repos pré et post-natale contractuellement fixée du 56<sup>e</sup> jour avant l'accouchement au 70<sup>e</sup> jour après l'accouchement, ni pendant la durée légale du congé de paternité.

En outre, sauf application des dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances et des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée par lettre recommandée.

### 3.3 Option « Exclusions supplémentaires »

Vous pouvez opter pour une garantie comportant l'ensemble des exclusions supplémentaires suivantes. Dans ce cas, le montant de votre cotisation sera minoré et le choix de ces exclusions sera mentionné à votre certificat d'adhésion :

La garantie en cas d'incapacité-invalidité ne s'applique également pas dans les cas suivants :

- suites, conséquences et complications de la fibromyalgie et des troubles mentaux et du comportement, y compris les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation, les troubles névrotiques, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles schizotypiques, les troubles psychotiques, les troubles délirants, les troubles bipolaires et la schizophrénie sauf si ces troubles ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 jours continus (hormis les hospitalisa-

tions de jour) ou sauf si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, Si vous êtes hospitalisé plus de 15 jours continus ou si vous êtes mis sous tutelle ou curatelle pendant une période d'arrêt de travail, nous versons les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise pour maladie que vous aurez retenu et avec un minimum de 30 jours. Ce délai de franchise est décompté à partir du point de départ de l'hospitalisation ou à partir du jour où la mise sous tutelle ou curatelle a été portée en marge de votre acte de naissance.

- suites, conséquences et complications de toute atteinte discale, vertébrale ou radiculaire du rachis, y compris cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccyalgie, névralgie cervico-brachiale, sciatique, cruralgie et hernie discale, sauf si l'origine de cette atteinte a donné lieu à un traitement chirurgical ou à une hospitalisation de plus de 10 jours continus, En cas de traitement chirurgical ou d'hospitalisation de plus de 10 jours continus survenant pendant une période d'arrêt de travail, nous versons les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise pour maladie que vous aurez retenu et avec un minimum de 30 jours. Ce délai de franchise est décompté à partir du traitement chirurgical ou du point de départ de l'hospitalisation.
- suites et conséquences de tous les troubles musculo-squelettiques définis comme étant un ensemble d'affections survenant au niveau de toutes articulations (épaule, coude, poignet, main, doigt, genou, cheville, pied, hanche) et représentés par les tendinites ou inflammation des tendons, les hygromas ou inflammations des bourses séreuses, les syndromes canaux ou ensemble de manifestations liées à la compression nerveuse, sauf si l'origine de cette atteinte a donné lieu à un traitement chirurgical ou à une hospitalisation de plus de 10 jours continus. En cas de traitement chirurgical ou d'hospitalisation de plus de 10 jours continus survenant pendant une période d'arrêt de travail, nous versons les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise pour maladie que vous aurez retenu et avec un minimum de 30 jours. Ce délai de franchise est décompté à partir du traitement chirurgical ou du point de départ de l'hospitalisation.

### 3.3 Formalités à accomplir en cas de sinistre

#### a. Dispositions générales

**La déclaration de l'arrêt de travail est obligatoire. Elle vous incombe et vous êtes tenu de nous l'adresser dans les 3 mois suivants la date d'arrêt du travail.**

**En ce qui concerne la grossesse qui peut donner lieu à indemnisation dans le cas prévu ci-dessus, ce délai de déclaration est ramené à 20 jours.**

**Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration et la date du début de l'arrêt de travail retenue sera celle de la déclaration.**

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical à transmettre sous pli confidentiel à notre médecin conseil, mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident ;
- de l'attestation médicale confidentialisée du modèle que nous vous fournissons dûment complétée par votre médecin traitant, à transmettre sous pli confidentiel à notre médecin conseil ;
- de la justification des revenus professionnels annuels imposés l'année précédant l'arrêt de travail ;
- de la justification du paiement de prestations de même nature éventuellement versées par votre régime social de base.

Il est précisé que nous nous réservons la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires au règlement des prestations.

**Nous ne verserons aucune prestation, tant que les justificatifs demandés n'auront pas été transmis.**

**En cas de reprise du travail à temps partiel ou à temps plein, vous devrez nous en informer immédiatement.**

#### b. Garantie complémentaire des dividendes « non Madelin »

En complément des formalités prévues au a. ci-dessus, les dividendes perçus devront être justifiés par la fourniture :

- du procès-verbal d'Assemblée Générale,
- de l'avis d'imposition,

attestant du montant des dividendes que vous avez perçus dans le cadre de l'entreprise

dans laquelle vous exercez l'activité garantie au titre du présent contrat et pour la période contractuellement définie.

### 3.4 Reconnaissance et contrôle de l'état d'incapacité ou d'invalidité

Nous nous réservons expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité. À cet effet, nos médecins, agents ou délégués doivent pouvoir se rendre auprès de vous et vous vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. Nos médecins peuvent également vous convoquer. **Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux demandés, nous sommes autorisés à surseoir de plein droit au paiement des prestations ou à les suspendre.**

En cas de désaccord entre votre médecin et le nôtre, portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire complète de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, nous pourrions choisir ensemble un 3<sup>e</sup> médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Les honoraires d'arbitrage sont partagés pour moitié entre vous et nous.

**En tout état de cause, le service de la prestation peut cesser en fonction de l'évolution de votre état de santé.**

### 3.5 Déchéance

**Si vous fournissez intentionnellement de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de prestations, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.**

## Article 18 Limite des garanties

### 1. LIMITE DE LA GARANTIE « MADELIN »

Les prestations sont déterminées **après comparaison entre les revenus professionnels annuels imposés l'année précédant l'arrêt de travail pour l'activité professionnelle garantie et le montant de la garantie souscrite au cours de cette même année.**

**Les dividendes liés à cette activité professionnelle sont exclus.**

Si le montant des revenus annuels imposés est :

- **égal ou supérieur** au montant de la garantie souscrite, le montant de la garantie souscrite au cours de l'année précédant l'arrêt de travail sera retenu comme base de calcul des prestations versées en cas d'arrêt de travail,
- **inférieur** au montant de la garantie souscrite, une tolérance d'un demi-plafond annuel de la Sécurité sociale entre ces deux montants sera acceptée. Ainsi, le montant des prestations versées en cas d'incapacité-invalidité sera au maximum égal au revenu réel majoré d'un demi-plafond annuel de la Sécurité sociale. En tout état de cause, le montant des prestations versées ne pourra excéder le montant de la garantie souscrite au cours de l'année précédant l'arrêt de travail.

Par dérogation à ce qui précède, lorsque l'arrêt de travail se produit au cours de la première année d'adhésion au contrat, la comparaison s'effectuera entre les revenus professionnels annuels imposés l'année précédant l'arrêt de travail pour l'activité professionnelle garantie et le montant de la garantie souscrite.

## 2. LIMITE DE LA GARANTIE « NON MADELIN » COMPLÉMENTAIRE DES DIVIDENDES

**Les prestations sont déterminées après comparaison des dividendes imposés l'année précédant l'arrêt de travail et perçus dans le cadre de l'entreprise dans laquelle vous exercez l'activité garantie et le montant de la garantie souscrite au cours de la même année.**

Si le montant des dividendes perçus est :

- **égal ou supérieur** au montant de la garantie souscrite, le montant de la garantie souscrite au cours de l'année précédant l'arrêt de travail sera retenu comme base de calcul des prestations versées en cas d'incapacité-invalidité,
- **inférieur** au montant de la garantie souscrite, une tolérance d'un quart de plafond annuel de la Sécurité sociale entre ces deux montants sera acceptée. Ainsi, le montant des prestations versées en cas d'incapacité-invalidité pour les dividendes sera au maximum égal à leur montant réel majoré d'un quart de plafond annuel de la

Sécurité sociale. En tout état de cause, le montant des prestations versées au titre de la garantie complémentaire des dividendes ne pourra excéder le montant de la garantie souscrite à ce titre au cours de l'année précédant l'arrêt de travail.

Par dérogation à ce qui précède, lorsque l'arrêt de travail se produit au cours de la première année d'adhésion au contrat, la comparaison s'effectuera entre les dividendes imposés l'année précédant l'arrêt de travail et perçus dans le cadre de l'entreprise dans laquelle vous exercez l'activité garantie et le montant de la garantie souscrite.

### Article 19 *Étendue territoriale*

Les garanties sont acquises en France et sans restriction géographique pour les séjours de moins de 3 mois consécutifs.

L'état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente doit être médicalement constaté en France ou dans un pays limitrophe à la France métropolitaine. Les franchises seront décomptées à partir de la date de cette constatation.





## Titre V – Revalorisation

### Article 20 *Revalorisation*

#### 1. FONDS DE REVALORISATION

Pour financer la revalorisation des prestations, nous constituons un fonds de revalorisation et déterminons une unité de référence de sorte que la revalorisation puisse être alimentée par ce fonds. Cette unité est fixée au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à compter du 1<sup>er</sup> octobre de la même année. Sa variation est limitée à celle du point AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) entre le 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédente et le 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée.

#### 2. REVALORISATION DU FORFAIT DE BASE

Lorsque le décès ou l'invalidité absolue et définitive est précédé d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le forfait de base est revalorisé dès le 366<sup>e</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail. Cette revalorisation est calculée en fonction du rapport entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date du décès ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

#### 3. REVALORISATION DES RENTES SERVIES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Les rentes sont revalorisées en fonction de la variation de la valeur de l'unité de référence, le 1<sup>er</sup> octobre de l'année qui suit votre décès ou l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et tous les ans à la même date.

#### 4. REVALORISATION DES PRESTATIONS VERSÉES EN CAS D'INCAPACITÉ - INVALIDITÉ

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées, dès le 366<sup>e</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date. Elles sont revalorisées dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

La revalorisation, payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance, s'ajoute aux indemnités journalières et aux rentes servies en cas de décès ou d'invalidité. Elle cesse comme il est dit à l'article 8.





Assuré d'avancer



**Groupama Gan Vie**

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg

75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et, sous la marque Gan Eurocourtage par les courtiers et Gan Prévoyance