



Solutions AXA
pour les entreprises
Prévoyance

Conditions générales Prévoyance Entreprise



Octobre 2021



Votre contrat est constitué des documents suivants :

■ **les Conditions générales :**

elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et de ses garanties. **Les motifs d'exclusion et les documents nécessaires au règlement de nos prestations sont précisés à la fin de ces Conditions générales.**

■ **les Conditions particulières :**

elles indiquent les garanties que vous avez souscrites ainsi que leurs montants ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

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

SOMMAIRE

| Chapitre | Page | Article |
|--|-----------|--|
| 1. Les dispositions relatives à votre contrat | 3 | 1.1. Votre contrat |
| | 3 | 1.2. La durée de votre contrat |
| | 3 | 1.3. La révision de votre contrat |
| | 3 | 1.4. Les cotisations |
| | 4 | 1.5. Ce que vous devez nous déclarer |
| | 5 | 1.6. La compensation des opérations liées à votre contrat |
| | 5 | 1.7. La remise de la notice d'information aux adhérents |
| | 5 | 1.8. Les réclamations |
| | 6 | 1.9. La prescription |
| | 7 | 1.10. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale |
| | 7 | 1.11. Les dispositions relatives à la Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme |
| 2. Les dispositions relatives aux adhérents | 8 | 2.1. L'adhésion au contrat |
| | 9 | 2.2. La durée des garanties |
| 3. Les dispositions communes aux garanties | 10 | 3.1. La base de calcul des prestations |
| | 10 | 3.2. La revalorisation des prestations |
| | 10 | 3.3. Le conjoint, le partenaire, le concubin, les enfants et les personnes à charge |
| | 11 | 3.4. Les exclusions |
| | 11 | 3.5. L'expertise médicale |
| | 11 | 3.6. Le règlement de nos prestations |
| 4. Les dispositions spécifiques à chaque garantie | 12 | 4.1. La garantie décès |
| | 12 | 4.1.1. La garantie décès en capital |
| | 13 | 4.1.2. La garantie rente éducation |
| | 14 | 4.1.3. La garantie Rente de conjoint |
| | 14 | 4.1.4. La prestation supplémentaire versée lorsque le conjoint décède après l'adhérent |
| | 14 | 4.1.5. Le maintien de la garantie Décès aux adhérents en arrêt de travail |
| | 15 | 4.2. La garantie décès accidentel |
| | 15 | 4.2.1. La garantie Décès accidentel en capital |
| | 16 | 4.2.2. Le maintien de la garantie Décès accidentel aux adhérents en arrêt de travail |
| | 16 | 4.3. La garantie arrêt de travail |
| | 16 | 4.3.1. L'incapacité temporaire de travail |
| | 17 | 4.3.2. L'invalidité permanente |

| Chapitre | Page | Article |
|--|---|--|
| 5. Les exclusions | 19 | |
| 6. Les documents nécessaires au règlement des prestations | 20 20 21 | 6.1. Pour la garantie Décès 6.2. Pour la garantie Décès accidentel 6.3. Pour la garantie Arrêt de travail |
| 7. Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail | 22 22 22 22 23 23 23 | 7.1. Bénéficiaires du maintien 7.2. Prise d'effet et durée du maintien 7.3. Cessation du maintien des garanties 7.4. Modalités du maintien 7.5. Modalités d'information 7.6. Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre 7.7. Cotisation |
| 8. Définitions | 24 | |

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

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

1.1. Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire qui nous engage, **vous**, souscripteur, et **nous**, assureur. Nous sommes conjointement désignés aux **Conditions particulières**.

Il est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Votre contrat a pour objet de fournir les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties que vous avez souscrites (Décès, Décès accidentel ou Arrêt de travail) se réalise entre leurs dates de début et de fin, sous réserve des dispositions prévues aux paragraphes 4.1.5 et 4.2.2.

1.2. La durée de votre contrat

1.2.1. La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée aux **Conditions particulières**. Ce dernier est en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les premiers janviers par accord tacite.

Vous pouvez modifier votre contrat à tout moment. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

1.2.2. La résiliation

Vous, comme nous, pouvons résilier le présent contrat.

À votre initiative :

Vous pouvez résilier votre contrat en nous adressant une notification au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle de son renouvellement.

La demande de résiliation peut nous être notifiée conformément à l'article L113-14 du Code des assurances :

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

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

À notre initiative :

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

1.3. La révision de votre contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, chacun d'entre nous pourra mettre fin à ce contrat sans attendre son échéance annuelle de renouvellement, à la fin du trimestre civil qui suit :

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

1.4. Les cotisations

1.4.1. La base de calcul des cotisations

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

Elle correspond, pour l'année d'assurance considérée, aux salaires bruts des adhérents que vous avez déclarés à l'Administration fiscale en vue de leur imposition sur le revenu.

Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stock options, les primes et indemnités versées lors de la cessation du contrat de travail, n'entrent pas dans la base de calcul.

PRÉVOYANCE ENTREPRISE

Les dispositions relatives à votre contrat

Elle inclut tous les salaires, même partiels que vous versez, que les adhérents soient ou non en arrêt de travail pour maladie, accident, *accueil de l'enfant* ou *deuil de l'enfant*.

Selon la mention qui en est faite aux **Conditions particulières**, la base de calcul des cotisations prend en compte une ou plusieurs tranches de salaire :

- tranche A : c'est la fraction de salaire limitée au plafond annuel de la *Sécurité sociale* ;
- tranche B : c'est la fraction de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la *Sécurité sociale* ;
- au-delà de la tranche B, les conditions d'assurance font l'objet d'un avenant au contrat.

1.4.2. Le montant de vos cotisations

Les taux de cotisation sont fixés aux **Conditions particulières** en pourcentage de la base de calcul des cotisations.

Pour les adhérents admis au contrat alors qu'ils se trouvaient en arrêt de travail à sa date d'effet, l'application de la garantie prévue au paragraphe 4.1.5 de ces Conditions générales pourra faire l'objet d'un appel de prime complémentaire. Dans ce cas, nous établirons un avenant à votre contrat.

1.4.3. Les modalités de règlement de vos cotisations

■ Le règlement de vos cotisations

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique à l'échéance du trimestre civil.

Une autorisation de prélèvement permanent devra être signée au préalable et nous être retournée afin de finaliser la souscription.

Les *Déclarations Sociales Nominatives (DSN)* doivent être alimentées au niveau du bloc paiement, avec une demande de prélèvements.

À réception de la *DSN*, nous intégrons les montants communiqués.

À la fin du trimestre échu, un avis de prélèvement vous est envoyé. Il précise ses montant et date. Ce montant est ensuite prélevé sur le compte de votre entreprise. En cas de régularisation de la *DSN*, un solde pourra être réclamé.

■ En cas de non-règlement de vos cotisations

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

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

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

1.5. Ce que vous devez nous déclarer

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

1.5.1. À la mise en place de ce contrat

Vous nous fournissez :

- la liste nominative des salariés en arrêt de travail. Y seront précisés leurs dates de naissance, la date de leurs arrêts de travail, ainsi que les salaires qu'ils auront perçus au cours des 12 derniers mois précédant leurs arrêts de travail ;
- la liste nominative des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties défini à l'article 7.1 de ces Conditions générales. Y seront précisés leurs dates de naissance, ainsi que les dates de cessation de leurs contrats de travail ;
- les questionnaires de santé si le groupe à assurer comporte moins de 6 salariés ;
- un RIB de votre entreprise et le mandat SEPA pour le prélèvement des versements.

1.5.2. En cours de contrat

Vous nous fournissez :

- si le groupe assuré comporte moins de 6 adhérents, un questionnaire de santé pour tout nouvel arrivant. Celui-ci devra nous parvenir dans les 30 jours suivant sa date d'entrée dans le groupe ;
- chaque année, la liste des adhérents en arrêt de travail au 30 octobre, lorsque la garantie arrêt de travail n'est pas souscrite dans le cadre de votre contrat. Cette liste est définie au paragraphe 4.1.5.5 de ces Conditions générales et devra nous parvenir avant le 1^{er} décembre.

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

Vous devrez nous déclarer les événements de toute nature qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur à la souscription du contrat.

Vous vous engagez également à nous informer sans délai de toute mesure de licenciement collectif touchant au moins 5 % de l'effectif dans une période de 3 mois.

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

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

1.6. La compensation des opérations liées à votre contrat

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

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

Vous êtes légalement tenu :

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

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

1.8. Les réclamations

En cas de réclamation :

Indépendamment de son droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur habituel ou son service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, le souscripteur ou l'assuré peut faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise Cedex 9

en précisant le nom et le numéro de son contrat ainsi que ses coordonnées complètes.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de toute réclamation sont les suivants : un accusé de réception sera adressé dans un délai de 10 jours au réclamant qui recevra une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont il sera tenu informé).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, dans un délai d'un an maximum à compter de la date de réception de la réclamation écrite que vous nous avez adressée, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera au réclamant toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

1.9. La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;**
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L114-2 du Code des assurances fait référence sont :

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

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

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

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

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

1.11. Les dispositions relatives à la Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

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

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

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ADHÉRENTS

2.1. L'adhésion au contrat

2.1.1. Les conditions d'adhésion

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

- appartenir au groupe assuré ;
- être affiliés à un régime obligatoire de la *Sécurité sociale* ;
- bénéficier d'un contrat de travail. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, *accueil de l'enfant*, *deuil de l'enfant* ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur bénéficient des garanties du présent contrat. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, vous pouvez nous demander l'application des garanties. Après notre accord, cette extension fera l'objet d'un avenant à votre contrat.

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

2.1.2. Les formalités médicales préalables

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

À la date d'effet du contrat

Notre accord pour assurer le groupe est soumis à la production d'un questionnaire de santé pour chacun des salariés lorsque l'effectif du groupe est inférieur à 6 salariés.

Nous pouvons demander toute information médicale complémentaire ou tout examen médical qui sera réglé par nos soins.

Suivant les conclusions de notre médecin-conseil, nous pouvons :

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

En cours de contrat

Tout nouveau salarié entrant dans le groupe assuré est également soumis à ces formalités médicales lorsque l'effectif du groupe assuré reste inférieur à 6 salariés.

Après examen du dossier du nouvel entrant, nous pouvons :

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

2.2. La durée des garanties

2.2.1. Le début des garanties

L'adhérent bénéficie de nos garanties :

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

Pour les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans le groupe assuré, la garantie Incapacité - Invalidité, si elle a été souscrite, n'entre en vigueur qu'à la date de reprise effective du travail.

2.2.2. La fin des garanties

L'adhérent cesse de bénéficier de nos garanties dès :

- qu'il sort du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite) ;
- que son contrat de travail est rompu, sous réserve des dispositions prévues au chapitre 7 et aux paragraphes 4.1.5 et 4.2.2 de ces Conditions générales ;
- l'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) sauf s'il bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite ;
- la résiliation de ce contrat, sous réserve des dispositions prévues aux paragraphes 4.1.5 et 4.2.2 de ces Conditions générales.

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

2.2.3. Les garanties proposées après la résiliation de ce contrat

Lorsque votre contrat est résilié et qu'il n'est pas remplacé, les adhérents qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire une assurance individuelle sous réserve de notre accord. Lorsque le niveau des garanties ne dépasse pas celui de votre contrat, nous les garantissons sans période probatoire ni questionnaire médical.

Les adhérents disposent de **60 jours** après la date de résiliation pour nous en faire la demande.

3. LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

3.1. La base de calcul des prestations

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

Elle est égale à la base de calcul des cotisations relative aux 12 mois civils précédant la date à laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à la prestation. Toutefois si l'adhérent se trouvait en arrêt de travail au moment de son décès et percevait à ce titre des prestations de la *Sécurité sociale*, les 12 mois retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.

Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'effet du contrat et la date de l'événement, la base de calcul des prestations est égale au montant des salaires des 12 derniers mois civils précédant l'événement.

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

Si, en raison de la suspension du contrat de travail pour maladie, *accueil de l'enfant*, *deuil de l'enfant* ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), le salaire de l'adhérent a été réduit ou supprimé au cours des 12 mois précédant l'événement, nous prenons en compte le salaire qu'il aurait perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

3.2. La revalorisation des prestations

3.2.1. La revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année. Ainsi, chaque premier jour du mois suivant la date anniversaire de l'événement ayant donné lieu à nos versements, nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue depuis l'anniversaire précédent.

Après la résiliation de votre contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, nous cessons la revalorisation et maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

Afin d'assurer la revalorisation des prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. Il est alimenté par une fraction des cotisations relatives aux garanties concernées. À la fin de chaque année, nous prélevons sur ce fonds, et dans la limite de son montant, les sommes à provisionner nécessaires à la poursuite du paiement de la revalorisation octroyée dans l'année.

En cas d'insuffisance de ce fonds, la revalorisation octroyée dans l'exercice est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

3.2.2. La revalorisation des capitaux en cas de décès

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

3.3. Le conjoint, le partenaire, le concubin, les enfants et les personnes à charge

3.3.1. Le conjoint

Il est l'époux ou l'épouse de l'adhérent non divorcé ni séparé judiciairement.

3.3.2. Le partenaire

Il est le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité à l'adhérent.

3.3.3. Le concubin

Il est le concubin de l'adhérent au sens de l'article 515-8 du Code civil, non marié à un tiers ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

3.3.4. Les enfants à charge

Sont définis comme tels, les enfants de l'adhérent et ceux de son conjoint qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis ou adoptifs.

Ils doivent, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

■ d'une part :

- être mineurs,
- être majeurs, âgés de moins de 26 ans, affiliés à la *Sécurité sociale* et suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
- quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire ;

■ d'autre part, être fiscalement à la charge de l'adhérent, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que l'adhérent déduit fiscalement de son revenu global. De plus, les enfants reconnus ou adoptés par l'adhérent sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son partenaire lié avec lui par un Pacte civil de solidarité ou de son concubin tels que décrits au paragraphe 4.1.1.1 de ces Conditions générales.

Enfin, lorsque l'adhérent est décédé, les enfants nés moins de 300 jours après son décès sont considérés comme enfant à charge.

3.3.5. Les personnes à charge

Ce sont les ascendants de l'adhérent ou de son conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels l'adhérent déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu global.

3.4. Les exclusions

Les risques souscrits dans le cadre de ce contrat ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites au chapitre 5 de ces Conditions générales.

3.5. L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

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

Ces conclusions s'imposent à l'adhérent sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la *Sécurité sociale*.

Si l'adhérent conteste les conclusions de notre médecin, il peut faire appel au médecin de son choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui choisi par l'adhérent, ces 2 médecins en désigneront un 3^e.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du 3^e médecin sont partagés par parts égales.

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

3.6. Le règlement de nos prestations

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

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

Le détail des documents nécessaires à leur règlement figure au chapitre 6 de ces Conditions générales. Nous nous réservons le droit de demander tout document complémentaire nécessaire au versement des prestations.

4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE

Les garanties que vous avez souscrites et leurs montants sont précisés dans les Conditions particulières de votre contrat.

4.1. La garantie décès

Cette garantie prévoit en cas de décès de l'adhérent, le versement d'un capital décès et/ou d'une rente de conjoint et/ou d'une rente éducation, que le décès soit consécutif à une maladie ou à un accident.

Elle peut également donner droit au versement d'une prestation supplémentaire pour les enfants restant à charge, si le conjoint de l'adhérent décède dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'adhérent.

4.1.1. La garantie Décès en capital

4.1.1.1. Le montant du capital

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

Nous assimilons la situation d'un adhérent vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) ou lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) à celle d'un adhérent marié, à condition d'en avoir connaissance dans les 3 mois suivant le décès de l'adhérent. Le concubin doit prouver sa domiciliation à la même adresse que l'adhérent par la production d'une copie du dernier avis d'imposition.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès de l'adhérent.

Si un même événement occasionne à la fois le décès de l'adhérent et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, nous considérons que l'adhérent est décédé le premier.

4.1.1.2. Les bénéficiaires du capital

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation choisi par l'adhérent :

Pour le versement du capital en cas de décès, nous considérons que l'adhérent est décédé le dernier, si un même événement occasionne à la fois le décès de l'adhérent et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

La désignation type des bénéficiaires

Si aucune mention particulière n'est faite par l'adhérent, nous versons le capital :

- à son conjoint non séparé judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un Pacte civil de solidarité, tel que défini au paragraphe 4.1.1.1. de ces Conditions générales ;
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge ,
- à défaut, par parts égales, à ses parents ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée :

- au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, parent de l'enfant, n'en a pas la garde ;

- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

La désignation particulière des bénéficiaires

L'adhérent peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix. Il peut alors nous informer, par écrit, de sa désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf en cas de révocation prévue par le Code civil.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Cette disposition s'applique sauf si l'adhérent a clairement manifesté sa volonté d'y déroger.

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

- si tous les bénéficiaires désignés décèdent avant l'adhérent ;
- ou si l'adhérent et tous les bénéficiaires désignés décèdent ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

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

4.1.1.3. Le versement par anticipation du capital Décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent

Pour bénéficier du versement anticipé du capital Décès, l'adhérent doit nous demander de reconnaître sa perte totale et irréversible d'autonomie.

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

Pour bénéficier de notre prestation, il doit en outre :

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

Nous nous réservons le droit de procéder à une expertise médicale pour prendre notre décision.

Pour déterminer le montant du capital à verser, nous prenons en compte la situation de famille à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie. Le capital est versé à l'adhérent ou à son représentant légal.

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

4.1.2. La garantie Rente éducation

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à chaque enfant à charge de l'adhérent décédé. Les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies dès le décès de l'adhérent.

Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque enfant. Dans ce cas, l'augmentation du montant intervient le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit l'anniversaire de l'enfant précisé aux **Conditions particulières**.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès de l'adhérent ;
- son versement à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil ;
- une cessation de la rente lorsque l'enfant bénéficiaire n'est plus à charge (paragraphe 3.3.4 de ces Conditions générales) ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

Elle est versée à l'enfant bénéficiaire ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique.

4.1.3. La garantie Rente de conjoint

Cette garantie a pour objet le versement :

- d'une rente viagère au conjoint de l'adhérent décédé et/ou
- d'une rente temporaire au conjoint de l'adhérent décédé.

La rente viagère est versée tant que le conjoint est en vie.

La rente temporaire est versée si le conjoint ne bénéficie pas de la pension de réversion du régime de retraite AGIRC-ARRCO. Elle prend fin :

- à la date de liquidation des droits à pension de réversion du régime de retraite AGIRC-ARRCO,
- à la date de remariage du conjoint,
- pour les bénéficiaires non éligibles à la pension de réversion AGIRC-ARRCO, au plus tard à la fin du mois civil de l'âge requis pour bénéficier du droit de réversion, qu'aurait atteint le concubin ou le pacsé s'il avait eu le statut de conjoint sans enfant à charge.

Les conditions de règlement des rentes viagères et temporaires prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès de l'adhérent ;
- un versement à terme échu à la fin de chaque trimestre civil ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement ;
- une cessation de ces rentes en cas de décès du conjoint.

4.1.4. La prestation supplémentaire versée lorsque le conjoint décède après l'adhérent

Cette prestation s'applique en complément des garanties décrites précédemment si le conjoint non remarié non pacsé ou le partenaire non (re)marié ou non (re)pacsé, décède après l'adhérent, alors que ce contrat est en vigueur et que les garanties sont souscrites.

Le décès du conjoint doit être simultané à celui de l'adhérent du fait d'un même évènement, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, ou survenir dans un délai de 12 mois suivant celui de l'adhérent.

Les bénéficiaires de cette prestation sont les enfants qui étaient à la charge de l'adhérent et qui sont toujours à celle de son conjoint au jour de son décès.

Cette prestation prévoit le versement :

- dans le cadre de la garantie Décès en capital, d'un capital supplémentaire réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires ;
- dans le cadre des garanties Rente éducation et Rente de conjoint, d'une rente supplémentaire aux enfants bénéficiaires. Ses modalités de versement sont celles prévues à la garantie Rente éducation. Elle prend effet le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit le décès du conjoint.

4.1.5. Le maintien de la garantie Décès aux adhérents en arrêt de travail

Tant qu'un adhérent se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, la garantie Décès est maintenue y compris après la résiliation de ce contrat.

4.1.5.1. Le niveau de la garantie

La garantie maintenue est celle souscrite dans le cadre de ce contrat.

Toutefois, si l'adhérent a été admis à ce contrat alors qu'il se trouvait déjà en arrêt de travail, nous versons les capitaux et les rentes prévus en déduisant ceux maintenus par le précédent assureur.

En cas de cessation du contrat de travail de l'adhérent en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie maintenue est celle dont il bénéficiait la veille de la cessation.

4.1.5.2. La base de calcul des prestations

Elle est égale à celle définie à l'article 3.1 de ces Conditions générales. Toutefois, si après résiliation de ce contrat, l'adhérent en 1^{re} catégorie d'invalidité, au sens du paragraphe 4.3.2 de ces Conditions générales, exerce une activité professionnelle, nous réduisons la base de calcul des prestations de 40 %.

4.1.5.3. La revalorisation

La base de calcul des prestations est revalorisée selon l'évolution du point AGIRC-ARRCO depuis l'arrêt de travail. Après la résiliation de votre contrat, la revalorisation cesse et la base de calcul est maintenue au niveau atteint à la date de la résiliation.

4.1.5.4. La fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'arrêt de travail par la *Sécurité sociale* ;
- à la date à laquelle l'adhérent ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations incapacité - invalidité prévues par ces Conditions générales, que la garantie Arrêt de travail ait été souscrite ou non ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail), sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi retraite.

4.1.5.5. Le maintien sans garantie Arrêt de travail

Si la garantie Arrêt de travail n'est pas souscrite dans le cadre de votre contrat :

- en cas d'envoi mensuel des déclarations sociales nominatives, vos démarches de déclaration peuvent être facilitées pour le personnel sous contrat de travail ;
- pour le personnel dont le contrat de travail est rompu, vous devez nous faire parvenir chaque année, au plus tard le 1^{er} décembre, la liste des adhérents en arrêt de travail au 30 octobre. Cette liste devra comporter pour chaque adhérent :
 - ses noms et prénoms,
 - sa date de naissance,
 - la date de l'arrêt de travail,
 - la date éventuelle de passage en invalidité permanente,
 - son salaire annuel brut à la date de l'arrêt de travail.

4.2. La garantie décès accidentel

4.2.1. La garantie Décès accidentel en capital

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu au titre de la garantie Décès en capital lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent (définition au paragraphe 4.1.1.3 de ces Conditions générales) est causé par un accident.

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

Le capital supplémentaire est versé, dans les mêmes conditions que celles prévues pour la garantie Décès, soit aux bénéficiaires de l'adhérent, soit à l'adhérent lui-même si l'accident dont il est victime conduit à une perte totale et irréversible d'autonomie.

Le décès ou la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent doit survenir dans les 12 mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires.

4.2.2. Le maintien de la garantie Décès accidentel aux adhérents en arrêt de travail

Tant qu'un adhérent se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, la garantie Décès accidentel lui est maintenue y compris après la résiliation du contrat.

Les conditions et les modalités de ce maintien sont identiques à celles prévues pour la garantie Décès. Elles sont décrites au paragraphe 4.1.5 de ces Conditions générales.

4.3. La garantie arrêt de travail

Lorsqu'un adhérent est en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, cette garantie prévoit le versement de prestations périodiques, respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes. Ces prestations sont versées lorsque l'arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation de l'adhérent pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

Notre engagement porte à tout moment sur les prestations calculées à la date d'arrêt de travail, puis postérieurement lors des éventuels changements de situation de l'assuré (tels que reprise partielle d'activité, rupture du contrat de travail, passage en invalidité, changement de catégorie d'invalidité...) et après revalorisation, selon les dispositions contractuelles.

Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi calculées, mais affectent le montant net à régler à l'assuré.

4.3.1. L'incapacité temporaire de travail

L'adhérent est en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons qu'il est, dans l'incapacité physique de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident.

En outre, il doit percevoir, au titre de cette incapacité, des indemnités journalières de la *Sécurité sociale* dans le cadre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous ne versons aucune prestation pendant les congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant* indemnisés par la *Sécurité sociale* au titre de l'assurance maternité.

4.3.1.1. Le montant de l'indemnité journalière

Il est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365.

Si l'adhérent est autorisé à exercer une activité partielle et que la *Sécurité sociale* poursuit son indemnisation, nous limitons le montant de notre prestation à la différence entre :

- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisée selon l'augmentation de la valeur du point AGIRC-ARRCO

et

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

4.3.1.2. Les modalités de versement de l'indemnité

Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt de travail appelée franchise et indiquée aux **Conditions particulières**. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Nous incluons dans le calcul de la franchise les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la *Sécurité sociale*, mais nous ne tenons pas compte de la durée des congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant*.

Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part et sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à 60 jours continus. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation du contrat, il ne donne pas lieu à indemnisation.

Nous cessons le versement de nos prestations :

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

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

4.3.2. L'invalidité permanente

Nous reconnaissons l'invalidité permanente :

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

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

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

| | Invalidité permanente d'origine non professionnelle | Invalidité permanente d'origine professionnelle |
|---------------------------------|--|---|
| 1^{re} catégorie | Invalide capable d'exercer une activité rémunérée | Taux d'incapacité permanente compris entre 33 % et 66 % |
| 2^e catégorie | Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle | Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % |
| 3^e catégorie | Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. | Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % et obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. |

4.3.2.1. Le montant de la rente d'invalidité

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

Si l'adhérent invalide exerce une activité professionnelle et si la *Sécurité sociale* lui verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, notre rente sera limitée à la différence entre :

- la base de calcul des prestations éventuellement revalorisée selon l'augmentation de la valeur du point AGIRC-ARRCO

et

- le cumul de la rente versée par la *Sécurité sociale* et du salaire de l'adhérent ou des indemnités payées par Pôle emploi (ex ASSEDIC).

Nous limitons le montant de la rente d'invalidité de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'adhérent ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base des prestations.

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

Cette rente est versée dès que nous avons reconnu l'invalidité de l'adhérent. Elle lui est payée chaque mois à terme échu.

La rente d'invalidité prend fin :

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

En aucun cas, une rente d'invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie et des indemnités journalières ne peuvent être versées simultanément.

Si, du fait de l'évolution de son affection, l'adhérent change de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

5. LES EXCLUSIONS

CE QUI N'EST PAS GARANTI

1. GARANTIES DÉCÈS - DÉCÈS ACCIDENTEL - ARRÊT DE TRAVAIL

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie et l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion. Si l'adhérent était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de la participation active de l'adhérent à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.
Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.
Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

2. GARANTIES DÉCÈS ACCIDENTEL - ARRÊT DE TRAVAIL

De plus, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels et l'arrêt de travail occasionnés par un accident résultant :

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

3. GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Enfin, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels occasionnés par l'adhérent :

- si l'adhérent en tant que conducteur est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident ;
 - si l'adhérent en tant que conducteur est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales ;
- ainsi que les accidents résultants :
- d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

6. LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

6.1. Pour la garantie Décès

| Documents justificatifs (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès) | En cas de décès | En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ⁽¹⁾ |
|--|-----------------|---|
| Acte de décès | X | |
| Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin-conseil sous pli confidentiel) | X | |
| Demande écrite de l'adhérent ou de son représentant légal | | X |
| Copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires ou de leur représentant légal | X | |
| Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil) | | X |
| Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 ^e catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne | | X |
| Copie intégrale de l'acte de naissance de l'adhérent datant de moins de 3 mois | X | X |
| Copie intégrale de l'acte de naissance du ou des bénéficiaires, datant de moins de 3 mois | X | |
| Copie du ou des livrets de famille | X | X |
| Copie du Pacte civil de solidarité | X | X |
| Attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de Sécurité sociale ⁽²⁾ | X | X |
| Copie du certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ⁽³⁾⁽⁴⁾ | X | X |
| Avis de prise en charge à l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, attestation des périodes indemnisées et avis de situation délivrés par Pôle emploi | X | X |
| Copie du contrat de formation en alternance ⁽³⁾⁽⁴⁾ | X | X |
| Attestation du paiement des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)) ⁽⁴⁾ | X | X |
| Ordonnance ou jugement de tutelle ⁽⁴⁾ | X | X |
| Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu et attestation de l'Administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande ⁽⁴⁾ | X | X |
| Copie du dernier avis d'imposition du concubin ⁽⁴⁾ | X | X |
| Attestation sur l'honneur ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ | X | X |

Les salaires et primes servant de base au calcul des cotisations et prestations nous sont transmis grâce à l'envoi des DSN.

- (1) À la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 30 jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.
- (2) Documents à remettre à la constitution du dossier en cas de changement d'immatriculation pour chaque personne percevant une rente éducation et/ou de conjoint.
- (3) Documents à remettre annuellement si la garantie Rente éducation est souscrite.
- (4) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'adhérent.
- (5) Document à remettre à la demande de l'assureur si la garantie Rente de conjoint a été souscrite.
- (6) Sur formulaire fourni par l'assureur.

6.2. Pour la garantie Décès accidentel

En plus des pièces énumérées pour la garantie Décès, vous devez nous remettre la copie du rapport de police ou le procès-verbal de gendarmerie, à défaut tout autre document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

6.3. Pour la garantie Arrêt de travail

■ En cas d'incapacité temporaire de travail

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

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

| Pièces justificatives | Périodicité pour l'envoi des pièces justificatives | À l'origine de l'incapacité | En cours de versement |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail | | X | |
| Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale | | X | X |
| Avis d'arrêt de travail initial | | X | |
| Avis de prolongation d'arrêt de travail | | X | X |
| Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation | | X | X |
| Si vous avez choisi une franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation : | | X | |
| ■ en cas d'accident, le certificat médical attestant que l'arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances | | X | |
| ■ en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation | | X | |
| En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis | | | X |
| Avis de prise en charge à l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, attestation des périodes indemnisées et avis de situation délivrés par Pôle emploi | | X | X |

Les salaires et primes servant de base au calcul des cotisations et prestations nous sont transmis grâce à l'envoi des DSN.

■ En cas d'invalidité permanente

| Pièces justificatives | Périodicité pour l'envoi des pièces justificatives | À l'origine de l'invalidité | Chaque mois | Chaque année |
|--|--|-----------------------------|------------------|------------------|
| Notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits | | X | | |
| Justificatif du paiement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale | | X | | |
| Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou justificatif des salaires perçus | | X | X ⁽¹⁾ | X ⁽²⁾ |
| Avis de prise en charge à l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, attestation des périodes indemnisées et avis de situation délivrés par Pôle emploi | | X | X ⁽¹⁾ | X ⁽²⁾ |
| Copie d'une pièce d'identité en cours de validité comportant le lieu de naissance, à défaut extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois | | X | | |
| Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS | | X | | X |
| Relevé d'identité bancaire si l'adhérent souhaite recevoir sa rente par virement | | X | | |

Les salaires et primes servant de base au calcul des cotisations et prestations nous sont transmis grâce à l'envoi des DSN.

(1) Pour les adhérents en 1^{re} catégorie d'invalidité.

(2) Pour les adhérents en 2^e et 3^e catégorie.

7. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

7.1. Bénéficiaires du maintien

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités de l'article 1.5 de ces Conditions générales, et qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts à l'ancien salarié, au jour de la cessation de son contrat de travail.

7.2. Prise d'effet et durée du maintien

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

Dans les cas visés à l'article 7.7., les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent à réception des cotisations additionnelles.

7.3. Cessation du maintien des garanties

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi ;
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité ;
- au terme de la durée maximale prévue à l'article 7.2 ;
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite ;
- à la date de résiliation du contrat ou non renouvellement du contrat d'assurance.

7.4. Modalités du maintien

Nous appliquons les dispositions suivantes aux garanties maintenues :

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

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

7.5. Modalités d'information

7.5.1. Obligations du souscripteur

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

7.5.2. Obligations de l'ancien salarié

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

L'ancien salarié s'engage à nous déclarer sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces 2 événements.

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

7.6. Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

La justification par votre ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

7.7. Cotisation

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

Vous nous devez une cotisation additionnelle au titre de la présente garantie dès que le nombre cumulé de salariés licenciés atteint 5 % de l'effectif assuré sur une période de 3 mois, que vous nous déclarez selon les modalités de l'article 1.5. de ces Conditions générales.

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

7.7.2. En cas de licenciement de la totalité des salariés

Par dérogation à l'article 1.4 de ces Conditions générales, la cotisation est payable d'avance, au jour de l'accord de la garantie, lorsque vous, ou votre représentant légal (administrateur ou liquidateur), nous informez que la totalité des salariés sera licenciée et bénéficiaire de la garantie.

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

- le représentant sollicite le maintien de la garantie tel que décrit à l'article 7.2., la demande est accompagnée du nombre de bénéficiaires potentiels ;
- nous nous engageons à transmettre le montant de la cotisation due dans le délai de 10 jours ouvrés à partir de la réception de l'ensemble des éléments permettant le calcul. A défaut de précision la cotisation est calculée au prorata de la dernière cotisation pour une durée de 12 mois ;
- à réception du règlement, la garantie du présent chapitre 7 prend effet pour la totalité des bénéficiaires.

8. DÉFINITIONS

Accueil de l'enfant

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L1225-7 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L1225-35 du Code du travail).

Déclaration Sociale Nominative (DSN)

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

Deuil de l'enfant

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

Sécurité sociale

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

Votre interlocuteur AXA

AXA vous répond sur :



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

