

CONDITIONS GÉNÉRALES PREVOYANCE TNS

—
Notice d'information du (des) Contrat(s) Collectif(s) N° XXXX
(valant Conditions Générales)



SOMMAIRE

Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1.1 PREAMBULE	3
Article 1.2. DEFINITIONS	3
Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 1.4 TERRITORIALITE	4
1.4.1. Lieu de résidence	4
1.4.2 Territorialité des garanties	4
Article 1.5 FISCALITE	4
Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 1.7 BASES LÉGALES	4
1.7.1 Incontestabilité	4
1.7.2 Prescription.....	4
1.7.3 Protection des Données Personnelles	5
1.7.4 Réclamations – Médiation.....	5
1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme	6
1.7.6 Clause sanction	6
Chapitre 2. ADHESION	6
Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION	6
Article 2.2 EFFET ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	6
Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF.....	6
Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	6
2.4.1 Résiliation par l'Adhérent.....	6
2.4.2 Résiliation par l'Assureur	6
2.4.3 Effets de la résiliation.....	6
Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT.....	6
Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHÉSION	7
Article 2.7 RENONCIATION.....	7
2.7.1 Cas général.....	7
2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance.....	7
2.7.3 Démarchage à domicile.....	7
2.7.4 Modèle de lettre de renonciation	7
Article 2.8 SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE.....	7
Article 2.9 MODALITES DE COMMUNICATION	8
Chapitre 3 AFFILIATION	8
Article 3.1 DETERMINATION DU MONTANT A ASSURER	8
Article 3.2 GARANTIES	8
Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION	8
Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES	8
Article 3.5 EVOLUTION DU MONTANT A ASSURER ET DES GARANTIES EN COURS D'ADHESION	8
3.5.1 Augmentation du montant à assurer ou ajout de garanties	9
3.5.2 Diminution du montant à assurer ou suppression de garanties	9
Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE.....	9
3.6.1 Pour l'ensemble des garanties	9
3.6.2 Pour toutes les garanties Décès-PTIA, Décès PTIA toutes causes renforcé, rente de conjoint, rente éducation, Allocation Rente Ayants-droit	9
3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité, Forfait Incapacité et Capital Maladies redoutées	9
Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES	9
3.7.1 Maintien des prestations en cours de service	9
3.7.2 Maintien de la garantie Décès/PTIA au titre de la portabilité.....	9
Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES	10
Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE	10
Article 4.2 GARANTIES : DECES/PTIA	10
4.2.1 Capital décès toutes causes (garantie obligatoire)	10
4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (garantie obligatoire) ..	10
4.2.3 Double effet (garantie obligatoire).....	11
4.2.4 Frais d'obsèques (garantie obligatoire).....	11
4.2.5 Décès accidentel (garantie obligatoire).....	11
4.2.6 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle (garantie obligatoire).....	11
Article 4.4 GARANTIE : RENTE DE CONJOINT (garantie optionnelle)	11
Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (garantie optionnelle).....	11
Article 4.6 GARANTIE ALLOCATION RENTE AYANTS-DROIT (garantie optionnelle).....	11
Article 4.7 GARANTIE : INCAPACITE (garantie obligatoire).....	12
Article 4.8 GARANTIE : INVALIDITE (garantie obligatoire).....	13
4.8.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médicaux Paramédicaux.....	13
4.8.2 Pour l'ensemble des professions des autres collèges.....	13
Article 4.9 GARANTIE EXONERATION (garantie optionnelle)	14
4.10 GARANTIE CAPITAL MALADIES REDOUTEES (garantie optionnelle).....	14
4.11 GARANTIE DECES/PTIA TOUTES CAUSES RENFORCÉ (garantie optionnelle).....	14
4.12 GARANTIE FORFAIT INCAPACITE (garantie optionnelle).....	14
Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS	14
Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES	14
Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES	14
Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA	15
Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE	15
Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE	16
Article 5.6 EXCLUSIONS CAPITAL MALADIES REDOUTEES	16
Article 5.7 EXCLUSIONS PARTICULIERES	16
Chapitre 6. PRESTATIONS	16
Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS	16
6.1.1 Prestations des garanties Décès /PTIA, Décès /PTIA toutes causes renforcé, rente de conjoint, rente éducation, rente Allocation Ayants-droit, Forfait Incapacité, Capital Maladies redoutées	16
6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité	16
Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES.....	17
Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR	17
Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS	17
Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS	17
Article 7.1 EN CAS DE DÉCÈS.....	17
7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet- Capital décès toutes causes renforcé	17
7.1.2 Décès accidentel.....	17
7.1.3 Frais d'obsèques.....	17
7.1.4 Rente éducation	17
7.1.5 Rente de conjoint	18
7.1.6 Allocation Rente Ayants-droit	18
Article 7.2 EN CAS DE PTIA.....	18
Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE.....	18
Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE	18
7.4.1 Incapacité	18
7.4.2. Forfait Incapacité.....	19
7.4.3. Invalidité.....	19
Article 7.5 EN CAS DE MALADIE REDOUTEE	19
Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE.....	19
Article 7.6 SUBROGATION	19
Chapitre 8 COTISATIONS	19
Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS	19
8.1.1 Taux de cotisations	19
8.1.2 Frais de gestion administratifs	19
Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS.....	20
Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS	20
8.3.1 Modalités de paiement.....	20
8.3.2 Evolution des cotisations	20
8.3.3 Révision des cotisations.....	20
Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT	20
ANNEXE A – Liste des professions appartenant au collège Médicaux Paramédicaux et éligibilité à la rente invalidité dès 15% de taux d'invalidité professionnelle	21
ANNEXE B- Barèmes d'Invalidité Permanente Professionnelle	22
ANNEXE C - Barème d'invalidité permanente	24

Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1 PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- « **Souscripteur** » : désigne l'association Entrepreneurs & Go TNS, souscripteur du Contrat ;
- « **Assureur** » : désigne l'organisme mentionné à l'article 1 du Certificat d'Adhésion ;
- « **Adhérent** » : désigne le travailleur non salarié ou mandataire social, en activité, affilié à un Régime obligatoire, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS n'étant pas en situation de cumul Emploi-Retraite et « affilié/assuré » au Contrat, après acceptation de l'Assureur.

Il est également attribué un statut à l'Adhérent parmi les 6 suivants :

- En nom propre,
- Gérant majoritaire,
- Mandataire social,
- Artiste- Auteur,
- Conjoint collaborateur,
- Auto-entrepreneur.
- « **Courtier conseil** » : désigne le courtier au sens de l'article R.511-1 du Code des assurances exerçant une activité d'intermédiation dans les conditions prévues aux articles L.511-1 et suivants du même code et procédant à la distribution du Contrat.
- « **Gestionnaire** » : désigne ENTORIA, mandaté par le Souscripteur pour la conception et la souscription du Contrat, et par l'Assureur pour la gestion de celui-ci ;
- « **Contrat** » ou « **Contrat-Cadre** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le Souscripteur et l'Assureur régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances ;
- « **Certificat d'Adhésion** » désigne les conditions particulières retenues par l'Adhérent dans le cadre de l'adhésion au présent contrat collectif ;
- « **Régime obligatoire** » : désigne le régime obligatoire de prévoyance français auquel est affilié l'Assuré.

Article 1.2. DEFINITIONS

Le terme « **Revenu réel** » : désigne la moyenne des revenus (y compris dividendes) déclarés sur les deux dernières années à l'administration fiscale française au titre de son activité professionnelle non salariée. L'activité professionnelle est celle déclarée au Certificat d'Adhésion.

A défaut de deux ans d'activité au titre de l'activité déclarée au Certificat d'Adhésion ayant donné lieu à une déclaration de revenus à l'administration fiscale, le montant à assurer est fixé sur la base d'une attestation de l'expert-comptable du Chiffre d'Affaire encaissé ou prévu au business plan.

Le « Revenu » constitue le montant maximum assurable.

Le terme « **Montant à assurer** » : désigne l'assiette commune des cotisations et des prestations, exprimée en PASS.

En tout état de cause, le montant à assurer est limité au Revenu réel de l'Assuré tel que défini au présent article.

- Le terme « **échéance annuelle** » : désigne le 1^{er} janvier de chaque année.
- Le terme « **PASS** » : désigne le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur.
- Le terme « **accident** » : désigne toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies notamment aiguës ou chroniques, même d'origine accidentelle, de commotions nerveuses ou chocs émotionnels.

A titre de précision, les accidents vasculaires cérébraux, les attaques et hémorragies cérébrales, les malaises cardiaques et les infarctus du myocarde ne sont pas considérés être d'origine accidentelle et sont donc considérés comme des maladies.

- « **Age** » : Le calcul de l'âge se fait toujours par différence de

millésime. Lorsqu'il est fait mention d'un âge entraînant l'ouverture ou la cessation de garanties ou prestations, il convient de considérer cet âge comme atteint au jour de l'anniversaire de l'Assuré.

Le terme « **Conjoint collaborateur** » désigne le conjoint du chef d'entreprise remplissant les conditions suivantes :

- Être déclaré comme conjoint collaborateur de l'Assuré au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Registre des Entreprises tenu par les Chambres d'Alsace et de Moselle,
- Participer effectivement à l'activité de l'entreprise sans percevoir de rémunération, ni être associé,
- Cotiser de manière effective et continue aux régimes de bases obligatoires et complémentaires d'assurance vieillesse, invalidité-décès du chef d'entreprise.

Le terme « **force majeure** » désigne la force majeure en matière contractuelle telle que définie à l'article 1218 du Code civil.

Le terme « **PTIA** » désigne la **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, c'est-à-dire l'état dans lequel est un Assuré lorsqu'il est reconnu par un médecin-expert désigné par l'Assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (Assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer). L'Assureur n'est pas lié par le classement effectué par le Régime obligatoire de l'Assuré et reste libre de faire évaluer l'état de PTIA de ce dernier par un médecin de son choix.

Le terme « **délai de carence** » désigne la période pendant laquelle la garantie ne joue pas. Tout sinistre né pendant cette période ne donnera ainsi pas lieu à indemnisation.

Le terme « **Maladie redoutée** » désigne les pathologies limitativement décrites ci-après :

- Cancers : Tumeurs malignes (y compris les mélanomes), à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo, à l'exception des cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires.
- Leucémies y compris la leucémie myéloïde chronique, à l'exception de la leucémie lymphoïde chronique, des autres syndromes myéloprolifératifs et des syndromes myélodysplasiques.
- Lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV uniquement.
- Accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques : hémiparésie, paraplégie, tétraplégie, persistantes au-delà de 365 jours. Si l'état est stabilisé avant 365 jours sur le plan moteur, la maladie pourra être reconnue à partir de 8 mois. **A l'exception des accidents ischémiques transitoires et des syndromes vertébraux « basilaires ».**
- Insuffisances rénales terminales traitées par hémodialyse, dialyse péritonéale ou par transplantation.
- Maladie de Parkinson avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien, à l'exception des syndromes de Parkinson consécutifs à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes »).
- Infarctus du Myocarde avec altération de la fonction du ventricule gauche (FEVG : Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche < 40 %).
- Maladie d'Alzheimer, diagnostiquée par un neurologue, avec le résultat à un test MMS (Mini Mental Score) inférieur ou égal à 20.
- Greffes d'organes principaux : rein, cœur, foie, poumons, moelle osseuse par hétéogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un autre individu).
- Sclérose en plaques avec un score EDSS supérieur ou égal à 5.

Le terme « **Local dédié** » désigne le local à usage exclusivement professionnel ou le local à usage mixte en cas d'utilisation du logement personnel à des fins professionnelles par l'Assuré pour

l'exercice de son activité.

Lorsque des termes utilisés dans le texte du présent Contrat ne sont pas définis mais sont susceptibles d'avoir un sens spécifique dans le domaine de l'assurance, ces termes seront interprétés conformément à ce sens spécifique.

Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent Contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative régi par le Code des assurances. Il relève des branches Accidents (1), Maladie (2) et Vie-Décès (20) prévues par le Code des assurances.

Le présent Contrat a pour objet la mise en œuvre de garanties prévoyance en cas de survenance des risques décès, incapacité de travail, invalidité, ou de maladie redoutée au bénéfice de l'Adhérent répondant aux conditions d'adhésion des chapitres « ADHÉSION » et « AFFILIATION », dans la limite des garanties choisies.

Article 1.4 TERRITORIALITE

1.4.1. Lieu de résidence

Est admissible aux garanties du Contrat, l'Adhérent, personne physique **résidant fiscalement en France et domicilié en France métropolitaine.**

Par exception est admissible aux garanties du contrat, l'Adhérent, personne physique résidant fiscalement en France et domicilié dans l'un des pays frontaliers à la France métropolitaine suivants : Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse.

1.4.2 Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises en France métropolitaine. Dans le reste du monde, elles ne sont acquises que pour des séjours et voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs.

Cette disposition n'est pas applicable à l'Adhérent domicilié dans un pays frontalier à la France métropolitaine (Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse) en cas de survenance du risque dans son pays de domiciliation.

L'Assureur peut convoquer l'Assuré en France métropolitaine pour contrôler toute perte totale et irréversible d'autonomie ou arrêt de travail survenus à l'étranger. Dans ce cas, les frais de transport (hors France métropolitaine) sont à la charge de l'Assuré.

Article 1.5 FISCALITE

Seules les garanties versées sous forme de rente sont éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « Loi Madelin »). Il s'agit des garanties Rente de conjoint, Rente éducation, incapacité, invalidité.

Il appartient à l'Adhérent de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code Général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur.

L'Adhérent appartenant aux Agriculteurs, Auto-entrepreneurs ou Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.

Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du Contrat continuent à produire leurs effets. Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du Contrat, ce dernier n'étant plus distribué. Le Souscripteur a toutefois la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du Contrat auprès d'un nouvel assureur.

Article 1.7 BASES LÉGALES

Le contrat collectif ainsi que ses adhésions, formalisées par des Certificats d'Adhésion, sont régis par le Code des assurances.

L'Assureur et le Gestionnaire sont contrôlés par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent Contrat sera adapté par l'Assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.7.1 Incontestabilité

Le Certificat d'Adhésion, basé sur les déclarations des assurés lors de l'adhésion, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des assurances.

Article L.113-8 du Code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.113-9 du Code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Article L.132-26 du Code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

1.7.2 Prescription

Article L.114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration 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'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne

distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L.114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code civil) ;
- la citation en justice, même en référé. 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 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) ;
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Article L.114-3 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 ».

1.7.3 Protection des Données Personnelles

En vertu de la réglementation européenne et française en matière de protection des données à caractère personnel, l'Assuré reconnaît avoir été informé par ENTORIA que :

Les données à caractère personnel (ci-après « DCP ») collectées par ENTORIA font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité la conclusion, l'exécution, la gestion de l'adhésion au Contrat d'assurance de l'Adhérent et de ses bénéficiaires/ayants droit, avant et post adhésion. Les DCP collectées sont destinées aux services habilités de ENTORIA. Elles seront partagées d'une part avec ses partenaires à des fins de gestion et de pilotage technique des Contrats d'assurance et d'autre part avec l'association souscriptrice du présent Contrat à des fins d'organisation de ses instances et pour permettre à l'Adhérent de bénéficier de ses services. En aucun cas, les DCP collectées ne seront utilisées à d'autres fins et/ou communiquées à d'autres organismes sans recueil du consentement explicite, libre et éclairé de la personne concernée.

Par ailleurs, conformément aux exigences légales et réglementaires, ENTORIA et ses partenaires assureurs mettent en œuvre des traitements de données ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme d'une part ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance d'autre part.

Les données recueillies seront conservées par ENTORIA en sa qualité de responsable de traitement, dans le respect des durées de conservation exigées par la réglementation, sans dépasser la durée nécessaire à l'accomplissement de la finalité définie lors de leur collecte. Ces durées de conservation peuvent varier selon les finalités, la durée de la relation contractuelle, et les obligations légales et réglementaires en matière de prescription et sont, en tout état de cause, conformes aux recommandations de la CNIL.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des

Données (RGPD) et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée, l'Adhérent et ses ayants droit/bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, à la portabilité des DCP et d'opposition pour des motifs légitimes (notamment en matière de traitement automatisé, y compris le profilage), de limitation du traitement, de décider du sort de ces données post-mortem. Ces droits peuvent être exercés par courrier, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité, à l'adresse suivante :

« ENTORIA DONNEES PERSONNELLES »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX
E-mail : dpo@entoria.fr

L'Adhérent, les Assurés et leurs bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, à tout moment et sans frais. (Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr)

L'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 3 place de Fontenoy – TSA 80715
 75334 PARIS CEDEX 07

L'Adhérent reconnaît que la collecte et le traitement de ses DCP (des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion de l'adhésion...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du Contrat.

ENTORIA et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer un bon niveau de protection et de sécurité des DCP traitées.

Les DCP collectées par ENTORIA peuvent faire l'objet d'un transfert auprès d'un tiers situé en dehors de l'Espace économique Européen. Le transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable afin de garantir un niveau de sécurité adéquat et la protection de la vie privée et des droits fondamentaux des personnes concernées.

Conformément aux exigences du Règlement Général sur la Protection des Données, ENTORIA s'engage à notifier à la CNIL (l'autorité de contrôle compétente) toute violation de données à caractère personnel si possible au plus tard 72h après en avoir pris connaissance. Lorsque la violation est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et les libertés de la personne concernée, ENTORIA en informera cette dernière dans les meilleurs délais.

1.7.4 Réclamations – Médiation

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'Adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires peuvent s'adresser au Service Réclamation de ENTORIA qui traitera leur réclamation. Cette réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

« Service Réclamation ENTORIA »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX
E-mail : reclamation.adp@entoria.fr

Conformément à la réglementation en vigueur, ENTORIA s'engage à accuser réception de la réclamation sous dix jours et à apporter une réponse sous deux mois.

Si la réponse apportée ne lui satisfait pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès du Gestionnaire sur délégation de l'Assureur, l'Adhérent, les ayants droit ou les bénéficiaires pourront demander un avis au médiateur en adressant un courrier à l'adresse figurant sur la page de garde de la présente notice. Le

médiateur, personnalité extérieure à ENTORIA, rend son avis en toute indépendance. Les modalités de saisine du médiateur pourront être adressées à l'Adhérent et/ou aux ayants droit / bénéficiaires sur simple demande auprès du Service Réclamation dont l'adresse figure ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des Tribunaux Civils français.

1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions du présent Contrat ENTORIA s'engage à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

1.7.6 Clause sanction

L'Assureur n'est pas réputé fournir de garantie et n'est pas tenu au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose l'Assureur ou sa société mère à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de la France, de l'Union européenne, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique.

Chapitre 2. ADHESION

Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION

Le présent contrat collectif s'applique à l'Adhérent jusqu'à 64 ans inclus à l'adhésion qui, à la date d'effet figurant au Certificat d'Adhésion :

- remplit les conditions pour répondre à la définition d'Adhérent de l'article « PREAMBULE »,
- **exerce une activité professionnelle non salariée de manière effective, régulière, continue et rémunérée, en France Métropolitaine,**
- **est domicilié en France Métropolitaine, ou dans l'un des pays frontaliers à la France Métropolitaine suivants :** Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse,
- **déclare ses revenus à l'administration fiscale française.**

En cas de cumul d'activités salariée et non salariée, le statut retenu sera celui auquel l'Adhérent est rattaché au moment du sinistre, sans préjudice des dispositions prises à l'article « DÉBUT DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

Article 2.2 EFFET ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

A l'égard de chaque Adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur son Certificat d'Adhésion, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation. Elle se renouvelle à chaque échéance annuelle (1^{er} janvier) par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'Adhérent ou l'Assureur, ou résiliation du Contrat.

Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat collectif. Ces avenants seront conclus d'un commun accord entre le Souscripteur et l'Assureur.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des Adhérents, ces derniers en seront informés par écrit, trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances. S'il le souhaite, l'Adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications avant la date d'entrée en vigueur de ces dernières.

Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

2.4.1 Résiliation par l'Adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception ou recommandé électronique adressée au Gestionnaire au moins 2 mois avant l'échéance annuelle.

2.4.2 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur dispose d'un droit de résiliation annuelle uniquement pendant les deux premières années d'adhésion conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « Loi Evin »). Celle-ci doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieure à **deux mois** avant chaque échéance annuelle.

2.4.3 Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Toutes les garanties des Assurés cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, sauf pour les Assurés en cours d'indemnisation à cette date, les prestations périodiques en cours de service à la date de résiliation étant maintenues au niveau atteint au jour de la résiliation.

Pour les prestations arrêt de travail, le taux d'invalidité est maintenu à son niveau constaté à la date de résiliation, sous réserve de révision en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, conformément aux dispositions contractuelles.

Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

Conformément à l'article L.615-4 du Code de la Sécurité sociale, l'Assuré doit pouvoir fournir sur demande du Gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1^{er} janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

A défaut, ou en cas de déclarations inexactes :

- *L'adhésion au présent Contrat ne pourra bénéficier des avantages de la loi du 11 février 1994 (loi Madelin article 154bis du Code Général des Impôts). Pour rappel, l'Adhérent appartenant aux collèges Agricoles et Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.*
- *L'Assuré ne remplira plus les conditions d'adhésion au Contrat précisées à l'article « PREAMBULE » des présentes Conditions Générales.*

L'Adhérent s'engage à informer :

- Dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec avis de réception ou l'envoi d'un recommandé électronique avec demande d'avis réception, l'Assureur via le Gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve **en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable**, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'Adhérent.

Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'Assureur pour délivrer ses garanties.

L'Adhérent s'engage à informer l'Assureur par l'intermédiaire du Gestionnaire de tout changement d'activité professionnelle ou de toute modification dans sa situation personnelle pouvant entraîner une modification de son adhésion dans un délai maximum de trois mois à compter de la date de changement (changement d'activité professionnelle, liquidation de sa pension de retraite, ...) sur présentation obligatoire de justificatif.

L'éventuelle modification de l'adhésion intervient alors à la date de la modification de la situation personnelle ou professionnelle de

l'Assuré à condition que la déclaration ait été faite à l'Assureur dans un délai de trois mois à compter de cette date.

Au-delà de ce délai de trois mois, la modification de l'adhésion prendra effet à la date de réception du justificatif (cachet de la poste faisant foi).

Dans le cas où la modification de la situation personnelle et/ou de profession entraîne la résiliation de l'adhésion, les cotisations éventuellement versées par l'Assuré jusqu'à la date effective de résiliation par l'Assureur restent acquises à l'Assureur. Aucun sinistre ne pourra être pris en charge après la date d'effet de la résiliation.

À tout moment, l'Adhérent s'engage à tenir informé l'Assureur par l'intermédiaire de son Courtier conseil de toute fluctuation de ses revenus d'activité à la baisse et à adapter en conséquence le montant à assurer conformément à l'article « EVOLUTION DU MONTANT A ASSURER ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION ».

L'Adhérent doit également informer son Courtier conseil en cas de fluctuation de ses revenus d'activité à la hausse pour éventuellement adapter son montant à assurer en conséquence.

Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHÉSION

En application de l'article L.113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'Assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'Adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Dans le cas où les faits délictueux seraient constatés après le versement des prestations, l'Assureur ou le Gestionnaire en poursuit le recouvrement.

Si une ou plusieurs stipulations du présent Contrat, ou une partie d'entre elles, sont nulles ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, elles seront réputées non écrites mais n'entraîneront pas la nullité du Contrat ni celle de la clause partiellement concernée. Les autres stipulations garderont toute leur force et leur portée.

Article 2.7 RENONCIATION

2.7.1 Cas général

Conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée à l'Assureur par lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception accompagnée des documents contractuels qui auraient été envoyés, à l'adresse suivante :

**« ENTORIA- Service Production »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX**

Si des prestations ont été versées, l'Assuré s'engage à les rembourser à l'Assureur dans un délai de TRENTE jours.

Les cotisations éventuellement payées par l'Assuré lui seront intégralement remboursées dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée.

2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, l'Assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée ou l'envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« ENTORIA- Service Production »
TSA 51234
92308 LEVALLOIS-PERRET CEDEX**

L'Adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'Adhésion.

2.7.3 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L.112-9 du Code des assurances, « 1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou courrier recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-avant entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception du courrier recommandé. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. L'Adhérent est tenu 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 la résiliation. Le solde est remboursé par l'Assureur 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 l'Assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un évènement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

2.7.4 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer le droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat de « Prévoyance TNS » conclue le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.132-5-1 du Code des assurances (cas général), de l'article L.112-9 du Code des assurances (démarchage à domicile) ou de l'article L.112-2-1 du Code des assurances (vente à distance).

La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.

Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Article 2.8 SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE

L'Assureur et son Gestionnaire mettent en place un dispositif de signature électronique sécurisé permettant à tout moment de prouver que l'opération de signature électronique est conforme à la proposition d'assurance distribuée par le courtier conseil.

Dans le cadre de la signature électronique du Certificat d'Adhésion, l'Adhérent est responsable de la sincérité et de l'exactitude des éléments transmis à l'Assureur ou à son Gestionnaire pour son adhésion au contrat.

L'Assureur et l'Adhérent reconnaissent mutuellement que l'Adhérent est présumé être celui qui procède à la signature électronique de son Certificat d'Adhésion cette dernière étant

sécurisée par les informations d'email personnel et de téléphone portable fournies au courtier conseil.

Article 2.9 MODALITES DE COMMUNICATION

Il est précisé que l'Assureur et son Gestionnaire s'engagent à utiliser de manière privilégiée des moyens de communication dématérialisés avec l'Adhérent ou ses bénéficiaires sur support durable autre que le papier notamment par courrier électronique. On entend par courrier électronique (« email »), tout document informatisé qu'un utilisateur saisit, envoie ou consulte en différé par l'intermédiaire du réseau Internet, avec ou sans pièces jointes. Par la communication de son adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, l'Adhérent reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'Adhérent peut, à tout moment et par tout moyen à sa convenance, s'opposer à la dématérialisation et demander au Gestionnaire qu'un support papier soit utilisé.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai le Gestionnaire de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion.

Chapitre 3 AFFILIATION

Article 3.1 DETERMINATION DU MONTANT A ASSURER

A l'adhésion, l'Adhérent détermine le montant à assurer (défini à l'article « DÉFINITIONS »).

Le montant à assurer est exprimé en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), et déterminé par tranche de 10% de celui-ci en entre 0.1 et 6 PASS.

Il est précisé que le montant à assurer est limité à :

- 1.5 PASS pour les Adhérents Mandataires sociaux et Artistes auteurs ;
- A 0.5 PASS pour les Adhérents ayant le statut de conjoint collaborateur.

Article 3.2 GARANTIES

Les garanties suivantes sont obligatoirement assurées :

- Décès/PTIA (capital toutes causes, double effet, capital supplémentaire en cas de survenance accidentelle, forfait obsèques)
- Incapacité de travail
- Invalidité

Les garanties suivantes sont optionnelles et sont choisies à l'adhésion parmi celles présentées par l'Assureur en fonction du montant à assurer, du statut de l'Adhérent :

- Décès/PTIA toutes causes renforcé ;
- Allocation Rente Ayants-droit ;
- Rente éducation ;
- Rente de conjoint ;
- Option Rachat Affections dorso-lombaires ;
- Option Rachat de franchise ;
- Forfait incapacité ;
- Exonération des cotisations ;
- Capital Maladies redoutées.

Les garanties rente de conjoint et rente éducation peuvent être souscrites si le montant à assurer est supérieur ou égal à 1.5 PASS.

Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION

L'Adhérent :

- Déclare sa profession, son statut et son Régime obligatoire ;
- Choisit son montant à assurer dans le respect de l'article « DETERMINATION DU MONTANT A ASSURER » :
 - o Choisit ses éventuelles garanties optionnelles ;
 - o Déclare, le cas échéant, son état de santé par des

formalités médicales.

L'adhésion au Contrat se fait :

- Soit **en adhérent directement en ligne** via un partenaire de signature électronique après étude et proposition de l'offre par son courtier conseil.

- Soit **en complétant une Demande d'Adhésion (DA).**

Seuls les documents enregistrés par l'Assureur font foi.

Des formalités, notamment médicales, peuvent être demandées par le(s) Assureur(s).

Elles consistent en fonction du montant à assurer et des éventuelles garanties optionnelles souscrites :

- soit en une Déclaration d'Activité Continue (DAC),
- soit en une sélection médicale (Déclaration de Santé –DS, Questionnaire Médical –QM, Demande de Dossier Médical - DDM, Examens Complémentaires-EC).

Dans tous les cas de sélection médicale, l'Assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Suite à ces formalités et après examen du dossier complet de chaque Adhérent admissible, l'Assureur peut :

- accorder les garanties aux conditions normales ;
- ou refuser d'assurer l'Adhérent partiellement ou totalement ;
- ou proposer de nouvelles conditions de garanties et/ou de tarification qui ne seront effectives qu'après acceptation expresse de l'intéressé matérialisée par le renvoi au service médical sous pli confidentiel sous quinzaine du bon pour accord daté et signé par l'Assuré ou par la signature électronique de l'Assuré.

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur, celle-ci étant matérialisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion.

Dès acceptation de l'Assureur, le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'Assuré.

Il est précisé que les formalités d'adhésion doivent être réalisées au maximum 6 mois avant la date de prise d'effet de l'adhésion.

Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES

Les garanties débutent, à l'égard de chaque Assuré dès la date d'effet de l'adhésion, à l'exception des suites et conséquences dues à une rechute de maladie ou d'accident dans les 60 jours après sa reprise, prise en charge le cas échéant, par le précédent Assureur. Seuls les sinistres survenus après la date de prise d'effet des garanties sont susceptibles de donner lieu au versement de prestations, quelles que soient leurs origines.

Si à la date d'effet de l'adhésion, l'Assuré est en arrêt de travail indemnisé par un précédent Assureur, les garanties du présent Contrat ne seront acquises à l'Assuré qu'à la fin de l'arrêt de travail. Entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de fin de l'arrêt de travail, l'Assureur du présent Contrat ne prendra en charge que la revalorisation de la prestation en cours de service, calculée conformément aux dispositions de l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS ».

Article 3.5 EVOLUTION DU MONTANT A ASSURER ET DES GARANTIES EN COURS D'ADHESION

Aucune modification du montant à assurer ou des garanties ne peut être demandée tant que l'Assuré perçoit des prestations de l'Assureur.

Toute évolution de garanties ou de montant à assurer est subordonnée à une demande d'avenant de l'Assuré auprès de l'Assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil.

L'acceptation de l'Assureur est formalisée par un avenant au Certificat d'Adhésion.

3.5.1 Augmentation du montant à assurer ou ajout de garanties

En cours de Contrat, l'Assuré peut demander à **augmenter** à tout moment, **son montant à assurer** et à **adhérer à certaines garanties optionnelles**.

Aucune demande d'augmentation du montant à assurer ou d'ajout de garanties ne pourra être acceptée si elle intervient moins de 6 mois après la date d'effet de l'adhésion ou moins de 6 mois après la date d'effet de la dernière demande d'augmentation du montant à assurer ou d'ajout de garanties.

En tout état de cause la modification prend effet à la date indiquée sur l'avenant.

Par exception, les garanties Décès/PTIA toutes causes renforcé, Option Rachat Affections dorso-lombaires, Option Rachat de franchise ; Forfait incapacité ; Exonération des cotisations et peuvent être souscrites à l'échéance annuelle de l'adhésion et sont alors soumises à un délai d'attente de 9 mois.

En cas de mariage, PACS, naissance et adoption, les garanties Allocation Rente Ayants-droit ; Rente éducation ; Rente de conjoint peuvent être souscrites avec une date d'effet rétroactive à la date de l'évènement dès lors que la demande est effectuée dans les 3 mois.

A défaut, l'ajout de garanties prendra effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit l'acceptation de l'Assureur.

Il est précisé que des formalités médicales peuvent être demandées par l'Assureur.

3.5.2 Diminution du montant à assurer ou suppression de garanties

Si en cours d'adhésion le Revenu réel de l'Assuré évolue à la baisse et ne lui permet plus de répondre aux règles de détermination de l'article « DETERMINATION DU MONTANT A ASSURER », il doit demander à son Courtier conseil à le modifier dans les conditions prévues par l'article « OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT ».

La suppression de garanties optionnelles peut être faite à tout moment **moyennant un préavis de 1 mois. Cette suppression sera effective au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur.**

Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ

L'adhésion au Contrat cesse de produire ses effets :

3.6.1 Pour l'ensemble des garanties

- **à la fin du trimestre civil au cours duquel l'Assuré cesse d'exercer la profession mentionnée au Certificat d'Adhésion ;**
- **à la fin du trimestre civil au cours duquel l'Assuré ne répond plus à la définition « d'Adhérent / Assuré » telle que précisée à l'article « PREAMBULE » ;**

Cependant, l'adhésion peut être maintenue pour les garanties décès lorsque l'Assuré liquide sa pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire. Il doit alors **informer l'organisme Assureur dans les conditions prévues à l'article « OBLIGATION DE L'ADHÉRENT ».**

- **à la date indiquée dans la lettre recommandée de mise en demeure adressée en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS » ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du Contrat collectif (selon dispositions prévues aux articles « RÉSILIATION DU CONTRAT » ou « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ») ;**
- **à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'Assuré ;**

- **à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du Régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'Assureur ;**
- **à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré n'est plus Adhérent à l'association souscriptrice ;**
- **à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance obligatoire ;**
- **à la fin de l'éventuelle période de portabilité.**

Au-delà des deux premières années d'assurance, sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'Assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance tant qu'il répond à la définition d'Adhérent mentionnée à l'article « PREAMBULE ».

3.6.2 Pour toutes les garanties Décès-PTIA, Décès PTIA toutes causes renforcé, rente de conjoint, rente éducation, Allocation Rente Ayants-droit

- **au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'Assuré a atteint l'âge de 70 ans.**

Toutefois, si l'Assuré est indemnisé dans le cadre du présent Contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité :

- **les garanties PTIA Accidentel et de Décès Accidentel cessent au plus tard à l'âge de 60 ans ;**
- **les autres garanties cessent au plus tard à l'âge de 67 ans et au plus tôt à la date à laquelle il peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire de l'Assuré ou à la date de la liquidation effective de cette pension.**

3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité, Forfait Incapacité et Capital Maladies redoutées

- **au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'Assuré a atteint l'âge de 67 ans.**

Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES

3.7.1 Maintien des prestations en cours de service

Il est précisé qu'en cas de résiliation du Contrat ou de l'adhésion, le service des prestations rente éducation, rente de conjoint, allocation rente Ayants-droit incapacité temporaire, invalidité permanente, en cours à la date de résiliation, est poursuivi, à leur niveau atteint à cette date, dans les limites des dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

3.7.2 Maintien de la garantie Décès/PTIA au titre de la portabilité

Au titre de la portabilité, il est précisé que l'Assuré peut conserver pendant une période maximale de 12 mois le bénéfice de la garantie Décès/PTIA dans les cas limitatifs exposés ci-après occasionnant une interruption de toute activité professionnelle :

- En cas de révocation non judiciaire et/ou non volontaire,
- En cas de cessation d'activité de son entreprise suite à un jugement d'ouverture de liquidation judiciaire.
Dans l'hypothèse où le tribunal autoriserait une poursuite temporaire d'activité à l'issu du jugement d'ouverture, la portabilité ne prendra effet qu'à compter de la cessation effective d'activité.

Durée de la couverture et date d'effet des garanties maintenues

Le bénéfice des garanties est accordé pour une période fixe :

- décomptée à compter du lendemain :
 - o de la décision de révocation prise par l'organe compétent,
 - o du jugement de clôture de la liquidation judiciaire,
- égale à la durée d'ancienneté au Certificat d'Adhésion en nombre de mois révolus arrondi à l'inférieur,
- dans un maximum de 12 mois à compter de l'évènement ouvrant droit à la portabilité.

Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- dès la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assureur ou le Souscripteur,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire,
- à la date d'effet des garanties de même nature souscrites chez un nouvel assureur,
- au décès de l'Assuré.

Obligations de l'Assuré éligible à la portabilité

En cas de survenance d'un risque assuré en portabilité, l'Assuré ou ses ayants droit/bénéficiaires doivent justifier par tout moyen l'absence de reprise d'une activité professionnelle, et l'absence de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire.

Garanties maintenues

L'Assuré bénéficie du maintien de la garantie Décès/PTIA.

En tout état de cause, les garanties sont maintenues sur la base de la moyenne des revenus, y compris les dividendes, perçus au titre de la profession indiquée au Certificat d'Adhésion sur les 12 derniers mois civils complets précédant le dernier jour d'activité. Ce montant est limité au montant à assurer à la date de l'évènement ouvrant droit à la portabilité avec un maximum de 3 PASS.

L'Assuré, les ayants droit/bénéficiaires devront nécessairement fournir une attestation de l'expert-comptable pour justifier dudit montant.

Cotisations

Pendant la période de portabilité, aucune cotisation n'est due.

Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES

Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE

Pour la détermination de la situation de famille de l'Assuré, l'Assureur prend en considération les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de droit par décision judiciaire, ou le partenaire lié à l'Assuré par un pacte civil de solidarité,
- les enfants à charge.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- les enfants fiscalement à charge de l'Assuré ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'Assuré, âgés de moins de 21 ans,
- les enfants (qui ne font pas de déclaration fiscale personnelle) d'un Assuré divorcé confiés à la garde de l'ex-conjoint et pour lesquels l'Assuré doit payer une pension alimentaire par décision de justice tant que dure l'obligation alimentaire,
- les enfants fiscalement à charge ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'Assuré, âgés de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite d'études et à la condition que ces enfants soient sans ressources propres provenant d'une activité salariée (sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études),
- les enfants handicapés quel que soit leur âge, bénéficiaires de l'A.E.E.H. (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé), de l'allocation spéciale des adultes handicapés ou titulaires de la carte « mobilité inclusion », prévue par l'article 241-3 du Code de l'action sociale et des familles,
- les enfants nés viables moins de 300 jours après la date du décès, sur fourniture de l'acte de naissance des intéressés ou à condition que la preuve de la filiation de ces derniers en soit apportée,
- l'enfant qui n'exerce aucune activité rémunérée à titre principal et satisfait aux critères fixés par la législation fiscale pour ouvrir droit à une majoration du quotient familial relatif au foyer fiscal de l'Assuré.

La situation de famille prise en considération par l'Assureur est obligatoirement celle, dûment justifiée, de l'Assuré à la date du

sinistre.

Article 4.2 GARANTIES : DECES/PTIA

4.2.1 Capital décès toutes causes (garantie obligatoire)

En cas de décès d'un Assuré, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reçoit(vent) un capital dont le montant est défini au Certificat d'Adhésion.

Le montant de ce capital est déterminé en fonction de la situation de famille de l'Assuré dûment justifiée au jour de son décès, telle qu'elle est prévue au paragraphe « SITUATION DE FAMILLE ».

Le nombre de majorations pour enfant à charge est limité à 3.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès faite par l'Assuré, le capital décès est versé conformément à la clause type suivante :

- **Au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par décision judiciaire ou au partenaire de PACS,**
- **à défaut aux enfants (vivants ou représentés), nés ou à naître par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux ascendants par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux héritiers légaux au sens du Code Civil.**

Toutefois, la majoration de capital pour enfant à charge versée par l'Assureur est obligatoirement répartie par parts égales, aux enfants à charge, ou à leur représentant légal, et ce quel que soit le bénéficiaire désigné par l'Assuré.

L'Assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment lorsque celle-ci n'est plus appropriée et notamment en fonction des évolutions de sa situation de famille, sur un formulaire fourni par l'Assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main. Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous signature privée ou d'un acte authentique.

Lorsque l'Assuré désigne nommément le bénéficiaire, personne physique ou personne morale, il doit mentionner les coordonnées de celui-ci, nom de naissance et prénoms, adresse, date et lieu de naissance.

Par dérogation à ce qui précède, la désignation faite par l'Assuré au profit d'un établissement bancaire n'est autorisée qu'après au moins 6 mois d'adhésion au Contrat, ou au moins 6 mois après une augmentation du montant à assurer.

Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'Assureur lui est inopposable. L'ouverture du droit du conjoint ou partenaire de PACS au capital garanti est subordonnée à leur existence le jour du décès de l'Assuré. Lorsque la désignation personnelle de l'Assuré est caduque, la clause type est appliquée.

Acceptation du bénéfice du contrat par le bénéficiaire

La désignation d'un bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation sous la forme d'un avenant signé par le bénéficiaire, l'Assuré et l'Assureur ou d'un acte sous signature privée ou authentique signé par le bénéficiaire et l'Assuré notifié à l'Assureur.

Le bénéficiaire devient alors bénéficiaire acceptant, et la désignation irrévocable. L'accord du bénéficiaire acceptant est alors indispensable pour toute modification par l'Assuré de la clause bénéficiaire en cas de décès.

En application de l'article L.132-9 du Code des assurances, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (garantie obligatoire)

L'Assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie avant le jour de son 65^{ème} anniversaire reçoit par anticipation le capital décès toutes causes prévu au Certificat d'Adhésion.

L'Assureur règle le capital prévu au Certificat d'Adhésion, ce qui met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel (si souscrit).

4.2.3 Double effet (garantie obligatoire)

En cas de décès du conjoint ou du partenaire pacsé, simultané ou postérieur à celui de l'Assuré, le ou les enfants à sa charge au jour du décès reçoivent, par parts égales, le capital dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion.

Est considéré comme simultané, le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent celui de l'Assuré.

Est considéré comme postérieur et ouvrant droit à garantie le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient au maximum dans les 12 mois qui suivent le décès de l'Assuré.

La garantie prend automatiquement fin à la date :

- qui suit les 12 mois après le décès de l'Assuré ;
- à laquelle le conjoint survivant ou le partenaire de PACS survivant n'a plus d'enfant à charge tel que défini à l'article 4.1 ;
- du mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;
- de signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant.

4.2.4 Frais d'obsèques (garantie obligatoire)

En cas de décès de l'Assuré, de son conjoint ou partenaire de pacs ou de l'un de ses enfants à charge âgé d'au moins 12 ans, l'Assureur verse à la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou directement à l'établissement de pompes funèbres un forfait dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion.

L'indemnité est versée dans la limite des frais d'obsèques réellement engagés.

4.2.5 Décès accidentel (garantie obligatoire)

En cas de décès par suite d'un accident (selon la définition donnée à l'article « DEFINITIONS ») et lorsque le décès survient au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, les bénéficiaires désignés reçoivent un capital supplémentaire dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion.

4.2.6 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle (garantie obligatoire)

L'Assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un accident (selon la définition de la PTIA donnée à l'article 4.2.2 et la définition de l'accident donnée à l'article « DEFINITIONS ») avant le jour de son 65^{ème} anniversaire, et reconnue au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, reçoit le capital supplémentaire prévu au Certificat d'Adhésion (sauf cas énoncés à l'article « FIN DES GARANTIES à L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ »). Le paiement du capital met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel.

Article 4.4 GARANTIE : RENTE DE CONJOINT (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales.

En cas de décès d'un Assuré marié ou pacsé, son conjoint ou son partenaire de pacs survivant reçoit une rente annuelle viagère immédiate.

Elle est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède :

- le mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;
- la signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant ;
- le décès du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant.

Le montant de la rente est fixé au Certificat d'Adhésion.

Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales.

En cas de décès d'un Assuré, chacun de ses enfants à charge, tel que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE », reçoit une rente annuelle d'éducation dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion. La rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant.

En tout état de cause, le versement de la rente cesse au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel :

- l'enfant a 18 ans,
- l'enfant a 26 ans en cas de poursuite d'études,
- l'enfant décède.

S'agissant des enfants handicapés, la rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel l'enfant atteint son 26^{ème} anniversaire.

Néanmoins, la rente devient viagère si, quel que soit l'âge, l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion », prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

En tout état de cause, le cumul des rentes éducation versées ne pourra excéder 50% du montant à assurer figurant au Certificat d'Adhésion. En cas d'atteinte de ce plafond, les montants de rentes sont recalculés au prorata.

Article 4.6 GARANTIE ALLOCATION RENTE AYANTS-DROIT (garantie optionnelle)

La garantie peut être souscrite à l'adhésion et en cours d'adhésion au 1^{er} janvier de chaque année. Par dérogation, elle peut être souscrite en cours d'année en cas de changement de situation de famille intervenant après la date d'effet de l'adhésion (naissance, adoption, mariage ou PACS). L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales.

En cas de décès de l'Assuré, une allocation dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion est versée sous forme de rente aux ayants-droit tels que définis à l'article "SITUATION DE FAMILLE".

Le montant est réparti par parts égales entre les bénéficiaires ainsi déterminés sans possibilité de désistement au profit d'un autre bénéficiaire.

Dans le cas où un des bénéficiaires ne remplit plus les conditions d'octroi de la rente, la rente de(des) l'éventuel(s) autre(s) bénéficiaire(s) n'est pas réévaluée, ni réversible.

En tout état de cause pour les enfants, le versement de la rente cesse au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel :

- l'enfant a 18 ans,
- l'enfant a 26 ans en cas de poursuite d'études,
- l'enfant décède.

S'agissant des enfants handicapés, la rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel l'enfant atteint son 26^{ème} anniversaire.

Pour le conjoint ou partenaire de PACS, la rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède l'un des événements suivants :

- la liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant, versée par son régime obligatoire.
- le mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;
- la signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant ;

- **le décès du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant.**
- **et au plus tard à l'âge légal de départ en retraite du conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant,**

Article 4.7 GARANTIE : INCAPACITE (garantie obligatoire)

Les garanties en cas d'incapacité temporaire s'appliquent à condition que l'Assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion et que l'arrêt de travail soit pris en charge par le Régime obligatoire de l'Assuré.

L'Assureur verse les indemnités journalières prévues au Certificat d'Adhésion.

L'Assuré doit être dans l'impossibilité, médicalement justifiée, d'exercer temporairement sa profession.

En cas d'arrêt complet de travail d'un Assuré par suite de maladie ou d'accident (y compris maladie et accident professionnels), ce dernier reçoit une indemnité journalière au terme d'un délai de franchise prévu au Certificat d'Adhésion.

• **Franchise**

Le délai de franchise est précisé au Certificat d'Adhésion selon le choix fait par l'Adhérent. Il est déterminé en tenant compte du nombre de jours d'arrêt complet et continu de travail de l'Assuré.

La franchise en cas de maladie peut être réduite en cas d'acquisition de bonus de franchise.

En cas d'absence de sinistre déclaré sur une année complète d'adhésion, une journée bonus de franchise en cas de maladie est acquise. Le bonus de franchise est limité à 7 jours.

En cas de sinistre, l'intégralité des jours de bonus de franchise acquis est perdu.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail sauf :

• **Affections neuropsychy**

Pour les arrêts de travail découlant d'affections neuropsychiques, neuropsychiatriques, psychologiques et psychosomatiques et nécessitant une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 3 jours en service psychiatrique ou de 8 jours dans tout autre service survenant au cours de l'arrêt de travail déclaré, la franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation.

• **Affections dorso-lombaires (non applicable en cas de souscription de l'option rachat Affections dorso-lombaires)**

Pour être pris en charge, tout arrêt de travail d'origine dorso-lombaire doit avoir fait l'objet d'une hospitalisation de 48 heures continues ou d'une intervention chirurgicale.

La franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation ou de la date de l'intervention chirurgicale.

Par dérogation à ce qui précède, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies ou sciatiques documentées par des examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'Assureur.

La franchise est alors décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

• **Rachat Affections dorso-lombaires (si option retenue par l'Adhérent)**

L'incapacité et l'invalidité d'origine dorso lombaire sont prises en charge après application de la franchise.

• **Rachat de franchise (si option retenue par l'Adhérent et indiqué**

au Certificat d'Adhésion)

La franchise est réduite à 3 jours en cas :

- d'accident,
- d'hospitalisation de plus de 24 heures, liée à l'arrêt de travail,
- ou d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail, et ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et une anesthésie locale ou générale.

Par dérogation, en cas de survenance des événements précités, la franchise est décomptée à partir du jour de l'accident ou du 1^{er} d'hospitalisation, sauf application d'une franchise plus favorable pour l'Assuré.

• **Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire totale**

Le versement de l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale se poursuit jusqu'à la fin de celle-ci et cesse, en tout état de cause :

- **le jour de la reprise de travail à temps plein ;**
- **le jour de la reprise à temps partiel ;**
- **au plus tard au 1.095ème jour d'arrêt de travail ;**
- **à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;**
- **en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;**
- **en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein, son activité professionnelle ou à temps partiel si les garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;**
- **à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'Assuré quelle qu'en soit la cause ;**
- **à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans ;**
- **à la date du décès de l'Assuré.**

• **Rechute**

En cas de rechute d'une maladie ou d'un accident indemnisé par l'Assureur, justifiant un nouvel arrêt de travail et intervenant dans un délai inférieur à deux mois, il n'est pas fait de nouvelle application de la franchise. La durée maximum d'indemnisation est décomptée à dater du premier jour de la première période d'incapacité temporaire indemnisée.

• **Maternité /Paternité/ Adoption**

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité (y compris congés pathologiques inférieurs ou égaux à 30 jours consécutifs) paternité ou adoption du régime social dont relève l'Adhérent.

Il n'est pas tenu compte de ces périodes dans le calcul :

- du nombre de jours de franchise,
- du nombre maximum de jours indemnisables dans le cadre de la garantie incapacité temporaire.

• **Reprise partielle d'activité (incapacité temporaire partielle)**

Si à la suite d'une période d'incapacité temporaire totale, supérieure à 90 jours consécutifs décomptés à partir de la date de l'arrêt de travail initial, suite à la demande de l'Assuré ou sur demande de l'Assureur, l'Assuré est reconnu, par le médecin conseil mandaté par l'Assureur, apte à reprendre partiellement son activité professionnelle (y compris reprise partielle nécessitant un aménagement des conditions de travail), le versement des indemnités journalières est poursuivi par l'Assureur pendant une période maximale de 365 jours.

La prestation versée par l'Assureur ne saurait être supérieure à 50% de l'indemnité journalière prévue au Certificat d'Adhésion.

En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations éventuellement versées par le Régime

obligatoire et des prestations prévoyance versées au titre du présent Certificat d'Adhésion, est limitée au montant à assurer.

Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire partielle

L'indemnisation de l'incapacité temporaire partielle prend fin :

- à la date de **reprise du travail à temps plein** ;
- au plus tard à **l'issue de la période maximale d'indemnisation de la reprise partielle d'activité de 365 jours consécutifs** ;

En cas de rechute intervenant dans un délai inférieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, l'Assureur reprendra l'indemnisation de l'incapacité temporaire totale dans la limite de 1095 jours à compter de la date de l'arrêt de travail initial.

Si la rechute intervient dans un délai supérieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, le nouvel arrêt de travail sera pris en charge par l'Assureur après application du délai de franchise précisé au Certificat d'Adhésion et sous réserve de l'acceptation par le médecin conseil mandaté par l'Assureur.

- au plus tard au **1.095^{ème} jour** d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein son activité professionnelle ou à temps partiel si les garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'Assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'Assuré.

Article 4.8 GARANTIE : INVALIDITE (garantie obligatoire)

Les garanties en cas d'invalidité permanente s'appliquent à condition que l'Assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion.

L'Assureur verse la rente d'invalidité prévue au Certificat d'Adhésion.

L'Assureur n'est pas lié par le classement effectué par le Régime obligatoire de l'Assuré et reste libre de faire évaluer l'état d'invalidité de ce dernier par un médecin de son choix.

Il est précisé que les pièces émanant de La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou de tout autre organisme professionnel quelconque, ne permettent pas de justifier d'un état d'invalidité permanente partielle ou totale.

L'invalidité est calculée sur :

- un barème professionnel pour le collège Médecins Paramédicaux,
- un barème croisé (invalidité fonctionnelle et professionnelle) pour l'ensemble des professions des autres collègues.

4.8.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médecins Paramédicaux

Le taux d'invalidité (N) retenu est celui de l'invalidité professionnelle, déterminé par voie d'expertise de 0 à 100% selon le tableau en annexe B. Elle est appréciée d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des possibilités d'exercice restantes dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'Adhésion ainsi que des

possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'Assuré.

Le montant de la garantie de base choisie par l'Adhérent est fixé sur le Certificat d'Adhésion.

La rente est versée comme suit :

- Si le taux « N » est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux « N » est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% : Pourcentage indiqué au Certificat d'Adhésion x N/66) du revenu dans la limite du montant à assurer
- Si le taux « N » est supérieur ou égal à 66% : Pourcentage, indiqué au Certificat d'Adhésion, du revenu dans la limite du montant à assurer

Par dérogation, pour les professions médicales et paramédicales répertoriées en annexe A, la rente est versée comme suit :

- Si le taux « N » est strictement inférieur à 15% : pas de rente ;
- Si le taux « N » est supérieur ou égal à 15% et strictement inférieur à 66% : Pourcentage indiqué au Certificat d'Adhésion x N/66) du revenu dans la limite du montant à assurer
- Si le taux « N » est supérieur ou égal à 66% : Pourcentage, indiqué au Certificat d'Adhésion, du revenu dans la limite du montant à assurer ;

Si l'Assuré est atteint de plusieurs invalidités partielles à la suite d'accident ou de maladies, le droit à la rente est fixé sur la base du taux global d'invalidité en résultant.

4.8.2 Pour l'ensemble des professions des autres collègues

L'Assuré doit être reconnu, par un médecin expert désigné par l'Assureur et selon les dispositions ci-après, atteint d'un taux (N) d'invalidité qui est compris entre 0 et 100%. Aucune prestation n'est due lorsque le taux (N) est strictement inférieur à 33 %.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'invalidité permanente totale ou l'invalidité permanente partielle doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré peut percevoir à taux plein sa pension d'assurance vieillesse de son régime obligatoire.

L'invalidité est appréciée en fonction de **l'invalidité fonctionnelle** (physique ou mentale) et de **l'invalidité professionnelle**.

L'invalidité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle après examen de l'Assuré par le médecin conseil mandaté par l'Assureur, d'après le guide barème concours médical (Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003).

L'invalidité professionnelle est définie après examen de l'Assuré par le médecin conseil mandaté par l'Assureur. Elle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle 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 dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'Adhésion ainsi que des possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'Assuré.

Le tableau figurant en annexe C, indiquant les taux (N) résultant des divers degrés d'invalidité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

Pour les taux intermédiaires, le taux croisé est calculé par la formule : Racine cubique [Invalidité fonctionnelle² x Invalidité professionnelle]

La rente invalidité, y compris Régime obligatoire, est définie comme suit :

- Si le taux « N » est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux « N » est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur

à 66% : Pourcentage indiqué au Certificat d'Adhésion x N/66) du revenu dans la limite du montant à assurer

• Si le taux « N » est supérieur ou égal à 66% : Pourcentage, indiqué au Certificat d'Adhésion, du revenu dans la limite du montant à assurer

Fin du versement des prestations

Le service de la rente d'invalidité cesse, en tout état de cause :

- **à la fin de l'état d'invalidité ;**
- **en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;**
- **à la date à laquelle l'Assuré peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse de son régime de base obligatoire ;**
- **à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'Assuré quelle qu'en soit la cause ;**
- **à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans ;**
- **à la date du décès de l'Assuré.**

Article 4.9 GARANTIE EXONERATION (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales. Cette garantie s'applique lorsque l'Assuré se trouve en incapacité ou invalidité prises en charge par l'Assureur après application d'un délai de carence de 9 mois à compter de la souscription de la garantie incapacité ou invalidité.

Au titre de la garantie exonération, l'Assureur exonère l'Assuré, à compter du 91ème jour d'arrêt de travail total et continu qui suit la prise en charge du sinistre, des cotisations relatives aux garanties incapacité de travail et invalidité souscrites au titre de l'adhésion. Il est précisé qu'en cas de versement de la garantie reprise partielle d'activité l'exonération des cotisations est proportionnelle au temps d'arrêt partiel.

L'exonération des cotisations prend fin à la date à laquelle cesse la prise en charge de l'arrêt de travail par l'Assureur et au plus tard à 67 ans.

4.10 GARANTIE CAPITAL MALADIES REDOUTEES (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales. En cas de survenance d'une maladie dite « redoutée » telle que définie à l'article « DEFINITIONS », un capital, dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion, est versé à l'Adhérent.

Un délai d'attente est fixé à 9 mois pour le bénéfice de cette garantie à compter de l'adhésion au Contrat.

4.11 GARANTIE DECES/PTIA TOUTES CAUSES RENFORCÉ (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales. Un capital supplémentaire, dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion, est versé en cas de décès ou de PTIA de l'Assuré. Le versement du capital est conditionné au versement du capital Décès toutes causes ou du capital PTIA.

4.12 GARANTIE FORFAIT INCAPACITE (garantie optionnelle)

L'adhésion à cette garantie est soumise à formalités médicales. Des indemnités journalières, dont le montant est fixé au Certificat d'Adhésion, sont versées à l'Assuré en cas d'incapacité de travail.

Le versement de cette garantie est subordonné au versement des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail.

Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties, les sinistres résultant et/ou provenant :

1. des conséquences de guerre civile ou étrangère,
2. des conséquences d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'actes de terrorisme, d'actes criminels, de rixes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
3. des conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
4. les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiant, lorsque l'Assuré y est exposé de manière prévisible (fût-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle, (pour les rayonnements ionisants : non applicable aux professions médicales et paramédicales listées en annexe A en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle),
5. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - 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,
 - 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, ou d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité (sauf dans le cadre d'un baptême de saut en parachute encadré par un moniteur diplômé d'état),
6. les suites et conséquences d'affections, accidents ou de maladie dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et n'ayant pas été déclarées par l'Adhérent à l'occasion des formalités d'adhésion. Cette exclusion n'est pas applicable lorsque les formalités d'adhésion consistent en une Déclaration d'Activité Continue.

Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **Décès/PTIA, Décès/PTIA toutes causes renforcé, rente éducation, rente de conjoint, Allocation Rente Ayants-droit**, les sinistres résultant du suicide de l'Assuré, survenu au cours de la première année d'assurance ou de l'année suivant l'augmentation des garanties pour la part augmentée des garanties (ce délai est réputé avoir commencé à courir dès la prise d'effet du Certificat d'Adhésion ou de l'augmentation de garanties).

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **décès accidentel**, les sinistres résultants :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (notamment kite surf ou parachute ascensionnel),
 - lorsque l'Assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'Assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits médicalement,
4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'Assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un

Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,

6. de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **PTIA toutes causes, PTIA accidentelle** les sinistres résultant de tout fait intentionnel de la part de l'Assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique.

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **PTIA accidentelle** les sinistres résultant :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur)
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (*notamment kite surf ou parachute ascensionnel*),
 - lorsque l'Assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'Assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits médicalement,
4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'Assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
6. de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux,

de véhicules ou d'embarcation à moteur,

9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **incapacité ou Forfait Incapacité** les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'Assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'Assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis),
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 3 jours en service psychiatrique ou de 8 jours dans tout autre service au cours de l'arrêt de travail déclaré,
11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.

Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales,

cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examen radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

Cette exclusion n'est pas applicable en cas de souscription du rachat Affections dorso-lombaires.

12. toute hospitalisation (hors grossesse) intervenant dans un délai de 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la souscription de la garantie, dès lors que cette hospitalisation est connue de l'Assuré à la date susvisée.

Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **invalidité** les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'Assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique ,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'Assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'Assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis).
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 3 jours en service psychiatrique ou de 8 jours dans tout autre service au cours de l'arrêt de travail déclaré,
11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.

Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examen radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

Cette exclusion n'est pas applicable en cas de souscription du rachat Affections dorso-lombaires.

12. toute hospitalisation (hors grossesse) intervenant dans un délai de 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la souscription de la garantie, dès lors que cette hospitalisation est connue de l'Assuré à la date susvisée.

Article 5.6 EXCLUSIONS CAPITAL MALADIES REDOUTEES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **Capital Maladies Redoutées** les sinistres résultant et/ou provenant :

- d'une pathologie, de sa rechute ou de complications dont l'Assuré était atteint avant la date d'adhésion ou la date de souscription de la garantie ;
- d'une pathologie, de sa rechute ou de complications dont les premières manifestations ont eu lieu avant la date d'adhésion, quel qu'en soit le stade ou la gravité, qu'elles aient ou non été déclarées à l'Assureur.

Article 5.7 EXCLUSIONS PARTICULIERES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu **des garanties précisées au bon d'acceptation**, les sinistres résultant d'une exclusion à la suite d'une éventuelle sélection médicale.

Chapitre 6. PRESTATIONS

Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations, hors Frais d'obsèques, Forfait Incapacité et Capital Maladies redoutées exprimées en euros, sont exprimées en pourcentage du montant à assurer mentionné au Certificat d'Adhésion qui est lui-même établi en fonction du plafond de la Sécurité sociale. L'Assureur retient comme valeur de référence le plafond en vigueur à la date de l'événement considéré.

6.1.1 Prestations des garanties Décès /PTIA, Décès /PTIA toutes causes renforcée, rente de conjoint, rente éducation, rente Allocation Ayants-droit, Forfait Incapacité, Capital Maladies redoutées

Elles sont définies au Certificat d'Adhésion.

Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que l'Assuré est en arrêt de travail (incapacité temporaire ou invalidité permanente), l'assiette est revalorisée sur la base du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'Assuré depuis la date de l'arrêt de travail initial.

6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité

Les prestations dues au titre de garanties incapacité et invalidité, indiquées au Certificat d'Adhésion, sont versées sous déduction des prestations du Régime obligatoire et d'un éventuel régime facultatif.

Le cumul des prestations versées par l'Assureur et tout autre organisme social obligatoire ou facultatif (sous forme d'indemnités journalières ou de rentes) ne peut excéder les prestations prévues au Certificat d'Adhésion.

Si l'Assuré n'est pas indemnisé par son Régime obligatoire pour des raisons administratives qui ne remettent pas en cause l'affiliation au régime (exemple : déclarations tardives), l'indemnité journalière versée par l'Assureur sera calculé sous

déduction de l'indemnité journalière qu'aurait dû percevoir l'Assuré de la part de son Régime obligatoire dans des conditions normales.

Sur la base des éléments susvisés, l'indemnité journalière en cas d'incapacité est déterminée par l'application d'un coefficient égal à 1/365.

Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations garanties sont définies au Certificat d'Adhésion dans les limites prévues à l'article « ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR ».

Le montant des prestations versées est calculé sous déduction de l'éventuelle imposition à la source opérée par le Gestionnaire conformément aux modalités prévues aux articles 1671 et 204 et suivant du Code Général des Impôts et des prélèvements sociaux correspondant.

Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR

Le montant total des capitaux et capitaux constitutifs de rente versés en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (y compris majoration par enfant à charge et capitaux supplémentaires en cas de sinistre accidentel) ne peut excéder 60 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale pour un même Assuré et pour toutes les adhésions prévoyance confondues souscrites par l'intermédiaire de ENTORIA.

En cas de dépassement de ce plafond, les prestations dues à chaque bénéficiaire sont réduites proportionnellement.

Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'indice de référence pour les revalorisations est la valeur du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'Assuré.

Assiette servant de base à la détermination des capitaux :

- Les capitaux dus après un arrêt de travail de plus d'un an sont déterminés à partir d'une assiette, revalorisée selon l'augmentation de l'indice entre le 1er juillet de l'année de l'arrêt initial et la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie.

- Le capital double effet est revalorisé selon l'évolution de l'indice entre la date du décès de l'Assuré et celle de son conjoint.

- Dans tous les cas, les capitaux décès dus sont revalorisés conformément aux dispositions de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence (dite « Loi Eckert »).

Prestations périodiques : A compter du 1er janvier de l'année qui suit le 365ème jour de l'arrêt de travail ou la date anniversaire du décès, les rentes éducation, rentes de conjoint, indemnités journalières, rentes invalidité, sont revalorisées annuellement au 1er janvier selon l'augmentation de l'indice de référence.

Le coefficient de majoration est calculé pour une année « N » en rapportant l'indice au 1er juillet de l'année « N-1 » à celui au 1er juillet de l'année « N-2 ». En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint, au jour de la résiliation.

Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 7.1 EN CAS DE DÉCÈS

7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet- Capital décès toutes causes renforcé

En cas de décès d'un Assuré, qui doit être notifié à l'Assureur dans les plus brefs délais, le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- L'imprimé de « déclaration décès » à nous retourner sous pli confidentiel, dûment complété ;
- Un original de l'acte de décès ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant

constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;

- Un original de l'extrait d'acte de naissance de l'Assuré décédé comportant toutes les mentions marginales ;
- Un original de l'extrait d'acte de naissance pour chaque bénéficiaire datant de moins de trois mois ;
- Une photocopie du livret de famille de l'Assuré décédé ;
- Une photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une photocopie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent afin de déterminer la situation de famille de l'Assuré ;
- Une attestation sur l'honneur de non-séparation de corps au jour du décès rédigée par le conjoint, à défaut le document officiel attestant la séparation de corps
- Une photocopie de la carte d'identité du(es) bénéficiaire(s) ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.2 Décès accidentel

Outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire.

La preuve de l'accident ou de la relation entre le décès et l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

7.1.3 Frais d'obsèques

Le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie du livret de famille de l'Assuré ;
- Une photocopie du livret de famille de la personne décédée, si différente de l'Assuré ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- Le cas échéant, le procès-verbal de police, de gendarmerie ;
- La facture acquittée relative aux frais engagés mentionnant le nom du payeur, non acquittée en cas de paiement à l'établissement de pompes funèbres ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.4 Rente éducation

Conditions de versement

La rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur, puis à l'enfant lui-même dès qu'il atteint sa majorité.

Elle est payable trimestriellement à terme échu, les premiers arrrages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'Assuré est décédé.

Lorsque la rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant, la majoration est due à compter du premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant. Aucun prorata d'arrrages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrrages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente. Pour l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'Assuré, les premiers arrrages sont dus à compter du premier jour de l'année civile qui suit celle de la naissance.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'Assureur :
- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice

précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;

- Une photocopie du livret de famille de l'Assuré décédé ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- Un justificatif d'attribution de la carte d'invalidité, devenue la carte « mobilité inclusion », pour les enfants infirmes, le cas échéant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'Assureur par les intéressés ou par leur tuteur légal. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'Assureur.

7.1.5 Rente de conjoint

Conditions de versement

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'Assuré est décédé.

Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'Assureur :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint survivant avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année, au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint bénéficiaire, avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'Assureur par les intéressés. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'Assureur.

7.4.6 Allocation Rente Ayants-droit

Conditions de versement

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'Assuré est décédé.

Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente.

Pour l'enfant bénéficiaire né viable moins de 300 jours après le décès de l'Assuré, les premiers arrérages sont dus à compter du premier jour de l'année civile qui suit celle de la naissance.

Pièces à fournir

-Lors de la survenance du sinistre et chaque année, au cours du service de la rente, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'Assureur : les mêmes pièces que les pièces exigées pour le paiement des rentes éducation, si le bénéficiaire est un enfant, et/ou celles exigées pour le paiement de la rente de conjoint si le bénéficiaire est le conjoint ou le partenaire de PACS.

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'Assureur par les intéressés. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'Assureur.

Article 7.2 EN CAS DE PTIA

Le capital garanti sera réglé sur présentation des pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à retourner à l'attention du médecin conseil mandaté par l'Assureur sous pli confidentiel, dûment complété et signé par l'Assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères du régime de Sécurité sociale dont dépend l'Assuré et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme définitive ;
- Un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'Assuré ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE

Outre les pièces exigées au paragraphe en cas de PTIA, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance **et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE

7.4.1 Incapacité

Modalités de paiement des prestations

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu par l'Assureur, en déduisant de la garantie prévue au Certificat d'Adhésion, le montant reconstitué de l'Indemnité journalière du Régime obligatoire et de l'éventuel régime facultatif de l'Assuré au moment du sinistre.

Déclaration

En cas d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues au Certificat d'Adhésion, l'Assuré, à défaut son représentant légal, doit en faire la déclaration à l'Assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), **dès qu'il en a connaissance et, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent le délai de franchise fixé pour cette garantie. Au-delà de cette limite, le délai de franchise est appliqué à compter de la date de réception de la déclaration.**

Pièces à fournir

L'Assuré doit adresser à l'Assureur les pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration d'arrêt de travail TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'Assureur, dûment complété et signé par l'Adhérent, à défaut par son représentant légal
- Le « questionnaire médical confidentiel TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'Assureur, dûment complété et signé par le médecin traitant ;
- une attestation d'affiliation au Régime obligatoire de moins de 3

mois

- Une photocopie de l'avis d'imposition des 2 dernières années
- Une photocopie de l'avis initial de l'arrêt de travail et des éventuelles prolongations ;
- Le bulletin d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie si nécessaire ; dès lors que l'hospitalisation (hors grossesse) intervient dans un délai de 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la souscription de la garantie, une attestation médicale justifiant du caractère non programmé de ladite hospitalisation est exigée.
- Une attestation circonstanciée d'accident si nécessaire ;
- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;
- Un justificatif d'activité dans un local dédié (par exemple bail professionnel, attestation d'assurance justifiant de l'utilisation du logement personnel à des fins professionnelles) ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

À tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander un nouvel avis d'imposition.

Dans le cas où l'Assuré ne se trouve pas en état de reprendre ses occupations au terme de la période d'arrêt de travail prescrit, il doit être adressé à l'Assureur, dans un délai de 30 jours, les pièces initialement demandées. Passé ce délai, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

La déclaration de l'arrêt de travail peut se faire en ligne via le portail de déclaration d'arrêt de travail.

7.4.2. Forfait Incapacité

L'indemnité est versée mensuellement à terme échu sous condition de versement de l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail.

7.4.3. Invalidité

Conditions de versement

Les rentes sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Les arrérages de rente sont payables mensuellement à terme échu, le premier paiement étant effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de ladite reconnaissance et la fin du trimestre civil en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du trimestre civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente.

Pièces à fournir

Outre les pièces prévues au titre de l'incapacité il y a lieu de fournir à l'Assureur :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'Assureur, dûment complété et signé par l'Assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'invalidité reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme permanente ;
- Le cas échéant, la notification d'attribution de la pension par le Régime obligatoire ;
- une attestation d'affiliation au Régime obligatoire de moins de 3 mois
- Une photocopie de l'avis d'imposition des 2 dernières années ;
- Un justificatif d'activité dans un local dédié (par exemple bail professionnel, attestation d'assurance justifiant de l'utilisation du logement personnel à des fins professionnelles) ;
- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;

- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'Assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.5 EN CAS DE MALADIE REDOUTEE

Conditions de versement

Le capital est versé après expertise médicale.

Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'Assuré ne sont pas opposables à l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout Assuré malade ou accidenté, ce qui est accepté par l'Adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'Assureur pour délivrer ses garanties.

Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'Assureur.

Les médecins et représentants de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'Assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée, à l'adresse du dernier domicile connu par l'Assureur, d'avoir à se soumettre au contrôle. Si dans un délai de 10 jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou cas de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, l'Assureur est autorisé de plein droit à interrompre ou refuser le versement des prestations.

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil mandaté par l'Assureur, sont notifiées à l'Assuré par courrier.

En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent, par la conclusion d'un protocole, d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3^{ème} médecin.

Article 7.6 SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »

Chapitre 8 COTISATIONS

Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS

8.1.1 Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont déterminés en fonction :

- de la profession, du collège et du statut et département de l'Adhérent,
- des garanties assurées,
- du montant à assurer,
- de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion,
- et de tout autre critère pouvant intervenir dans la détermination du risque par l'Assureur.

8.1.2 Frais de gestion administratifs

Les montants des frais de gestion indiqués au Certificat d'Adhésion sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Le Gestionnaire

se réserve la possibilité de les réviser au 1er janvier de chaque année.

Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le montant à assurer mentionné sur le Certificat d'Adhésion pour la période d'assurance à laquelle il se rapporte.

Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont payables par l'Assuré, selon les modalités suivantes :

8.3.1 Modalités de paiement

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique conformément au choix retenu par l'Adhérent et indiqué au Certificat d'Adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine.

8.3.2 Evolution des cotisations

Chaque année les taux de cotisations peuvent évoluer par le biais d'une indexation et/ou d'une majoration selon les modalités définies ci-après :

Indexation contractuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année pour chaque collègue en fonction des résultats du Contrat Cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci dans la limite de 5% hors augmentation liée à l'évolution du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

Majoration des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du Contrat-Cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que le collègue auquel appartient l'Assuré, le statut et la profession de l'Assuré, les garanties souscrites par l'Assuré, ou le secteur d'activité de l'Assuré déterminé par son code Naf.

Dans ce cas, l'Assureur informe les Adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'Adhérent accepte implicitement la majoration des cotisations.

Augmentation des cotisations en cas de maintien des garanties décès

Pour les Assurés dont les garanties décès seraient maintenues conformément aux dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE » des présentes Conditions Générales, les cotisations seront automatiquement augmentées de 50% à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire.

8.3.3 Révision des cotisations

Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications législative ou réglementaire ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'Assureur.

Les garanties prévoyance du Contrat sont établies en fonction des prestations versées par les régimes obligatoires dont relèvent les Assurés.

Si ultérieurement de nouvelles dispositions étaient prises par ces régimes obligatoires, qui entraînent une modification des engagements pris par l'Adhérent et l'Assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercices selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- L'Assureur procédera à l'ajustement de la cotisation,
- Si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'Assureur peut résilier l'adhésion dans les 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'Assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la conclusion de l'adhésion.

Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L.113-3 et L.141-3 (exclusion d'un Adhérent) du Code des assurances, le souscripteur ou son gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le souscripteur ou son Gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le souscripteur ou son Gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L.113-3 du Code des Assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré. L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.141-3 du Code des Assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

ANNEXE A – Liste des professions appartenant au collège Médecins Paramédicaux et éligibilité à la rente invalidité dès 15% de taux d'invalidité professionnelle

PROFESSIONS	Eligible à la rente d'invalidité dès 15 % de taux d'invalidité professionnelle
Métiers paramédicaux	
Aide-soignant	Non
Ambulancier	Non
Assistant dentaire	Non
Audioprothésiste	Non
Auxiliaire de puériculture	Non
Diététicien	Non
Ergothérapeute	Non
Infirmier	Non
Infirmière Puéricultrice	Non
Manipulateur en électroradiologie médicale	Non
Masseur-kinésithérapeute	Non
Opticien-lunetier	Non
Orthophoniste	Non
Orthoptiste	Non
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe	Non
Pédicure-podologue	Non
Podo-orthésiste	Non
Prothésiste dentaire	Non
Psychomotricien	Non
Sage-femme	Oui
Secrétaire médicale	Non
Technicien de laboratoire	Non
Visiteur médical	Non
Métiers Pharmaceutiques	
Pharmacien	Non
Préparateur en pharmacie	Non
Métiers Médicaux sous DES ou DESC I ou II	
Sous branche classique	
Allergologue	Non
Anesthésiste, réanimateur	Oui
Angiologue	Non
Dermatologue, vénéréologie	Oui
Endocrinologue	Non
Gastro-Entérologue	Oui
Gériatre	Non
Hématologue	Non
Hépatologue	Non
Infectiologue	Non
Généraliste	Oui

Urgentiste	Oui
Rééducateur	Non
Néphrologue	Non
Neurologue	Non
Oncologue	Non
Pédiatre	Oui
Pneumologue	Oui
Psychiatre	Non
Rhumatologue	Non
Toxicologue	Non
Sous branche typée chirurgie	
Cardiologue	Oui
Chirurgien digestif	Oui
Stomatologue	Oui
Dentiste	Oui
Odontologue	Oui
Chirurgien orthopédique	Oui
Chirurgien plastique	Oui
Phlébologue	Oui
Gynécologue	Oui
Neurochirurgien	Oui
Obstétricien	Oui
Ophtalmologue	Oui
ORL	Oui
Traumatologue	Oui
Urologue	Oui
Sous branche pathologie	
Biochimiste	Non
Biologiste	Non
Cytologiste	Non
Généticien, Thérapie génique	Non
Immunologue	Non
Médecin légiste	Oui
Microbiologiste	Non
Sous branche imagerie	
Echographiste, élastographie	Non
Radiologue	Non
Epidémiologiste	Non
Sous branche autre	
Médecin du sport	Non
Médecin du travail	Non
Métiers spécifiques //spéciaux	
Psychanalyste	Non
Psychothérapeute	Non
Sophrologue	Non
Vétérinaire	Oui

ANNEXE B- Barèmes d'Invalidité Permanente Professionnelle

TETE	
* Hémiplégie complète	100%
* Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12cm ²	50%
* Aliénation mentale incurable et totale	100%
* Épilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50%
- 1 à 2 crises par mois	25%
* Perte totale des deux yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20ème	100%
* Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20ème	75%
* Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
-1/20ème	60%
-1/10ème	50%
-2/10ème	35%
-3/10ème	25%
-4/10ème	18%
-5/10ème	10%
En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus :	Il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec une correction optimale
* Surdité bilatérale non appareillable	100%
* Surdité totale unilatérale non appareillable	55%
* Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2% � 5%
* Torticolis post-traumatique permanent	4%

MEMBRES SUPERIEURS	
* Perte complète du bras	100%
* Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100%
* Perte complète des mouvements de l'épaule	100%
* Perte complète des mouvements du poignet	100%
* Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100%
* Perte complète du pouce	100%
* Perte complète de l'index	100%
* Perte complète du médian	100%
* Perte complète de l'annulaire	50%
* Perte complète de l'auriculaire	50%
* Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en 70� et 110�)	50%
* Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précédentes)	100%
* Ankylose du pouce, totale	100%
* Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60%
* Paralysie totale du membre supérieur	100%
* Paralysie du nerf circonflexe	100%
* Paralysie totale du nerf médian au bras	100%
* Paralysie totale du nerf médian au poignet	50%
* Paralysie totale du nerf cubital au bras	100%
* Paralysie totale du nerf cubital au poignet	40%
* Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	100%

MEMBRES INFERIEURS	
* Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	100%
* Amputation de la jambe	75%
Perte totale des mouvements de la hanche	100%
* Désarticulation du genou	55%
Amputation sus-malléolaire d'un pied	45%
* Désarticulation tibio-tarsienne	40%
* Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	35%
Amputation raccourcissement d'un membre de 7cm	40%
Amputation raccourcissement d'un membre de 5cm	30%
Amputation raccourcissement d'un membre de 3cm	20%
* Perte complète du gros orteil	35%
Perte complète de tous les orteils	35%
* Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	25%
* Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	50%
* Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20%
Paralysie du tronc du nerf sciatique	40%
* Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25%
* Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20%

INCAPACITE PORTANT SUR DEUX MEMBRES	
* Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100%
* Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
* Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100%

RACHIS THORAX	
* Paraplégie complète	100%
* Tétraplégie complète	100%
* Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moelle épinière)	30%
* Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	50%
* Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	30%
* Lumbago post-traumatique	10%
* Fracture de la clavicle avec séquelles nettes	
- Droite	10%
- Gauche	5%
* Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5%

1. L'Assureur détermine le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus suite à une expertise médicale de l'Assuré par l'Assureur.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'Assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale de l'Assuré pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

ANNEXE C - Barème d'invalidité permanente
(Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003)

Taux d'Invalidité Professionnelle (IP)	Taux d'Invalidité Fonctionnelle (IF)								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00



ENTORIA

www.entoria.fr

ENTORIA – 166 rue Jules Guesde – 92300 LEVALLOIS-PERRET – SAS au capital de 2 000 000 € - SIREN 804 125 391 – N°ORIAS : 19 005 943
Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr
Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au code des assurances

CG_TNS_PREV_01/2020