



Codes partenaire : 69001C - 69001G

NOTICE D'INFORMATION

**RELATIVE AU
CONTRAT D'ASSURANCE
DE GROUPE
A ADHESION
OBLIGATOIRE
PREVOYANCE
DES SALARIES DE
L'ETABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR CONSULAIRE
GRENOBLE ECOLE DE
MANAGEMENT**

A effet du 1^{er} janvier 2019

Document à conserver par l'Assuré

**Cette notice d'information est
destinée aux assurés relevant
du contrat d'assurance de
groupe à adhésion obligatoire
n°G0398**

**souscrit par l'Établissement
d'enseignement Supérieur
Consulaire Grenoble École de
Management, ci-après
dénommée**

**« le Souscripteur »
auprès de MFPrévoyance ci-
après dénommé « l'Assureur »**

**Elle en présente les
Conditions Générales et
Particulières**

Article 1 – Objet du contrat d'assurance de groupe

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il a pour objet d'offrir une couverture prévoyance garantissant tout ou partie des risques Décès, Incapacité temporaire de travail et Invalidité au bénéfice des salariés cadres et non cadres du Souscripteur appartenant aux catégories et classification définies par la CCN. L'annexe 4 « Garanties » indique les garanties souscrites.

Il relève des branches : 1. Accident, 2. Maladie, 18 Assistance et 20. Vie-Décès mentionnées à l'article R 321-1 du Code des assurances.

Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française et de rédiger la présente notice d'information en langue française.

La loi applicable au contrat relatif à la présente notice d'information est la loi française.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

Article 2 – Population assurée

Le Souscripteur s'engage à faire bénéficier des garanties qu'il a souscrites la totalité de son personnel cadre et non cadre actuel et futur appartenant aux catégories et classification définies par la CCN.

Article 3 – Date de prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour le salarié qui entre dans la population assurée définie à l'article 3 ci-dessous, ci-après dénommé « Assuré » :

- A la date de prise d'effet du présent contrat lorsqu'il est présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date,
- A compter de sa date d'entrée dans l'entreprise lorsqu'il est embauché postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat,
- A compter de sa date d'entrée dans la catégorie de personnel bénéficiant de cette couverture, pour le salarié changeant de statut.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet des garanties sont couverts au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

Article 4 – Suspension des garanties

Le droit à garantie est suspendu dès la date de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire.

Article 5 – Cessation des garanties

Sous réserve des stipulations des articles 13 «Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité et de résiliation du contrat d'assurance de groupe » et 14 « Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits » de la présente notice d'information, les garanties cessent pour chaque salarié et ses Ayants droit :

- A la date d'effet de la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information,
- A la date de cessation du contrat de travail liant l'Assuré au Souscripteur ou, le cas échéant, à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie de personnel assurable, personnel couvert par le contrat relatif à la présente notice d'information,
- En cas de non-paiement de prime, dans les conditions prévues à l'article 17.3 « Défaut de paiement de primes » de la présente notice d'information,
- A la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale de l'Assuré.
- En cas de décès de l'Assuré, exception faite pour la garantie Double effet,
- A la date anniversaire du décès de l'Assuré pour la garantie Double effet.

Article 6 – Fausse déclaration

LES DECLARATIONS FAITES PAR LES ASSURES AU SOUSCRIPTEUR ET A L'ASSUREUR AINSI QUE LES DECLARATIONS FAITES PAR LE SOUSCRIPTEUR A L'ASSUREUR SERVENT DE BASE A LA COUVERTURE.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE A L'ASSURE PAR L'ASSUREUR EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE L'ASSURE OU DU SOUSCRIPTEUR TANT LORS DE LA SOUSCRIPTION QU'AU COURS DU CONTRAT RELATIF A LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION DE L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE, CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES.

Article 7 – Prescription

Toutes actions dérivant du contrat relatif à la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré et, en cas d'accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte d'exécution forcée ou l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit du créancier.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 8 – Définitions

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'Accident.

Ancien salarié : Personne précédemment liée au Souscripteur par un contrat de travail et ayant quitté l'effectif du Souscripteur.

Assisteur : **Lyfe**, Société par Actions Simplifiée au capital de 100 000 euros, enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 817 470 800, dont le siège social est situé au 4 place Raoul Dautry, 75015 Paris qui délègue les garanties d'assistance du présent contrat à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 3 500 000 euros, inscrite au RCS Nanterre sous le n°433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex.

Assuré : Le salarié de l'entreprise relevant de la population assurable.

Assureur : organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de MFPrévoyance (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053, dont le siège social est : 62 rue Jeanne d'Arc- 75640 Paris Cedex 13), au titre du présent contrat.

Ayants droit : Les Ayants droit sont : le Conjoint, le Partenaire lié par un Pacte Civil de solidarité (PACS), le Concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil et les Enfants à la charge de l'Assuré.

Base de garantie : Les garanties sont exprimées en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice d'assurance ou bien en fonction du salaire.

Lorsque la base est définie en fonction du salaire, elle est appelée traitement de base et elle est égale à quatre (4) fois le salaire brut dû à l'Assuré au titre des trois (3) mois ayant précédé le dernier arrêt de travail, le décès ou la date de rupture du contrat de travail, déduction faite de toutes primes, gratifications, compléments de salaire, indemnités diverses et heures supplémentaires. S'ajoute à la somme ainsi calculée le montant des primes, gratifications, compléments de salaire, indemnités diverses et heures supplémentaires versés à l'Assuré

au titre des douze (12) mois précédant le dernier arrêt de travail, le décès ou la date de rupture du contrat de travail.

Le traitement de base est plafonné aux tranches suivantes :

- tranche A : partie du salaire annuel brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre (4) fois ce plafond,
- tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre quatre (4) fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et huit (8) fois ce plafond.

Le traitement de base d'un Assuré n'ayant pas accompli dans la fonction qu'il occupe le temps d'activité nécessaire pour permettre son calcul est déterminé en fonction d'un salaire reconstitué prorata temporis.

Lorsque le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survient après une période d'incapacité de travail, le traitement de base est revalorisé sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC puis AGIRC-ARRCO entre la date du premier jour d'arrêt et celle de l'événement.

Bénéficiaire des prestations : Dans le cadre de la garantie assistance, le Bénéficiaire des prestations est celui sur la tête duquel repose le risque assuré au titre du contrat prévoyance.

Concubin : Personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Le Concubin est assimilé au Conjoint. lorsqu'à la date du décès de ce dernier, les concubins peuvent justifier d'une communauté de vie d'au moins 2 ans. En cas de naissance ou d'adoption dans un couple concubin, le délai de 2 ans de vie commune n'est pas exigé. Le ou la concubin(e) n'est pas assimilé(e) au conjoint lorsque l'un ou l'autre des concubins est par ailleurs marié ou pacsé à un tiers.

Conjoint : L'époux ou l'épouse du participant non divorcé(e), le ou la partenaire lié(e) par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), le ou la concubin(e) de l'assuré au sens de l'article L515-8 du Code civil lorsqu'à la date du décès de ce dernier, les concubins peuvent justifier d'une communauté de vie d'au moins 2 ans. En cas de naissance ou d'adoption dans un couple concubin, le délai de 2 ans de vie commune n'est pas exigé. Le ou la concubin(e) n'est pas assimilé(e) au conjoint lorsque l'un ou l'autre des concubins est par ailleurs marié ou pacsé à un tiers.

Déléataire de gestion : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions.

Enfants à charge : Sont considérés comme Enfant à charge :

- Les enfants mineurs de l'Assuré et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, y compris ceux nés ou à naître dans les 300 jours après le décès de celui-ci, fiscalement à la charge de l'Assuré ou recevant de l'Assuré une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré ;
- Les enfants majeurs de l'Assuré et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, s'ils remplissent les conditions suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans s'ils sont fiscalement à la charge de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré, ou non imposables.
- être âgés de moins de 26 ans, s'ils sont fiscalement à la charge de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré, ou non imposables, et s'ils justifient, soit :
 - de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;

L'enfant dont le handicap ou l'invalidité (équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale) qui a été reconnu avant son 18ème anniversaire est considéré viagerement à charge de l'assuré.

La qualité d'Enfant à charge s'apprécie à la date de survenance du sinistre.

Enfant à naître : l'Enfant né viable dans les dix (10) mois qui suivent le décès de l'Adhérent.

Enfant handicapé : l'Enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, de l'Adhérent, et qui est titulaire de la carte invalidité ou la carte mobilité inclusion faisant apparaître la mention « invalidité » prévues à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, ou en ayant fait la demande. Dans ce dernier cas, l'assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du bénéficiaire.

Fraude : Il y a fraude à l'assurance lorsque l'adhérent ou le souscripteur effectue un **"acte volontaire afin de tirer un profit illégitime d'un contrat d'assurance"**. Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion/souscription du contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre). La fraude est constituée de deux éléments : un élément matériel (la communication de fausses informations à l'assureur) et un élément moral (une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle).

Partenaire : Personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Le Partenaire est assimilé au Conjoint.

Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères : Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, le Bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, qui est exposé à des

risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'il exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : L'Assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, s'il réunit simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).
 - **s'habiller** : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
 - **se nourrir** : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
 - **se laver** : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - **se déplacer** : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

Souscripteur : L'entreprise (personne morale) qui signe le contrat au bénéfice de ses salariés.

Il s'agit de l'Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management.

Article 9 – Situation familiale

Les prestations garanties peuvent dépendre de la situation de famille de l'Assuré au moment de la réalisation d'un événement.

Article 10 – Base des garanties

Les prestations sont calculées à partir d'une base, dénommée Base de garantie, définie à l'article 8 « Définitions » et précisée en annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information selon le risque garanti.

Article 11 – Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Assuré ou de ses Ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le Souscripteur tient à la disposition de l'Assuré une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales au Médecin-Conseil de l'Assureur.

L'Assuré et les Bénéficiaires du contrat relatif à la présente notice d'information peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé et confidentiel, à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

- Du 1er janvier 2019 jusqu'au 14 février 2019,
à l'adresse suivante:

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 91401, 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex
13

- _____ A compter du 15 février 2019, à l'adresse
suivante :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555 : Prévoyance - 94110 Arcueil Cedex

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations.

Si l'Assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations est suspendu 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'Assuré et dont une copie sera transmise au Souscripteur.

Une fois établi le droit à prestations, les prestations sont alors versées par l'Assureur, soit au Souscripteur qui se charge de les reverser au Bénéficiaire, soit directement à ce dernier.

Article 12 – Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises aux Assurés exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français.

Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de missions professionnelles de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la législation de Sécurité sociale française, ou lors de déplacements privés, hors du territoire français excepté les pays figurant sur la liste des destinations formellement déconseillées par le Ministère des Affaires étrangères français.

Article 13 – Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité et de résiliation du contrat d'assurance de groupe

13.1 - Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

L'Assuré qui, par suite d'une incapacité de travail ou d'une invalidité est indemnisé par la Sécurité sociale, continue de bénéficier des garanties en cas de décès prévues par le présent contrat au moment de l'arrêt de travail. Les cotisations ne sont dues que proportionnellement aux rémunérations effectivement perçues par l'Assuré du fait de l'application d'obligations législatives, conventionnelles ou contractuelles (accord d'entreprise), ou d'une activité réduite.

13.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe

En cas de résiliation du présent Contrat, les garanties en cas de décès sont maintenues pour les assurés en incapacité de travail ou en invalidité à cette date, tant que cet état se poursuit et dans la limite de la garantie.

Ce maintien s'applique également aux salariés dont l'incapacité de travail lors de la résiliation se transforme ultérieurement en invalidité permanente.

Il s'applique également après rupture du contrat de travail, aussi longtemps que l'assuré perçoit de la Sécurité sociale des indemnités journalières, une pension d'invalidité ou une rente accident du travail

13.3 - Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause :

- à la date de reprise d'activité à temps plein à l'EESG Grenoble Ecole de Management,
- A la date de reprise d'activité à temps plein ou partiel chez un autre employeur ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, et au plus tard le jour où l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

Article 14 – Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

14.1 - Population assurable – Conditions d'admission

Conformément aux dispositions de l'article 1 de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le personnel couvert collectivement par les garanties déterminées par le présent accord bénéficie du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs au sein de l'EESG Grenoble Ecole de Management. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts au sein de l'EESG Grenoble Ecole de Management ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien membre du personnel à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien membre du personnel justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.
- l'EESG Grenoble Ecole de Management se charge de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du personnel qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

14.2 - Prise d'effet, durée et cessation des garanties

a. Prise d'effet des garanties

Les garanties sont maintenues à compter de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve de la remise des documents visés à l'article 14.1 « Population assurable – Conditions d'admission » et sous réserve du paiement de la prime.

b. Durée de la portabilité

La couverture « prévoyance » est maintenue pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage de l'Ancien salarié dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

La durée du maintien des garanties est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois à compter de la date de cessation du dernier contrat de travail. La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause d'Accident, de maladie ou de maternité, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

c. Cessation des garanties

Le droit à garantie au titre du maintien de la couverture prévoyance cesse :

- lorsque l'Ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale pour bénéficier du maintien de la garantie et notamment en cas d'interruption ou de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage (ne découlant pas d'un Accident, d'une maladie ou d'une maternité). Dans ce cas, l'Ancien salarié doit informer l'Assureur, par lettre recommandée adressée dans les 72 heures, de sa nouvelle situation,
- en cas de reprise d'un nouvel emploi,
- ou à l'issue de la durée de la période de portabilité telle que fixée selon les conditions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale et précisées dans la présente Notice d'information,
- à compter du jugement d'ouverture d'une liquidation judiciaire du Souscripteur,
- au jour du décès de l'Assuré,
- et en tout état de cause, dans tous les cas précisés dans la présente notice d'information sauf cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information.

14.3 - Garanties maintenues dans le cadre du dispositif de portabilité des droits

L'ensemble des garanties du contrat d'assurance relatif à la présente notice d'information souscrites par le Souscripteur est maintenu.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des Assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

14.4 - Base de prestations

Les prestations sont calculées en fonction du traitement de base de l'Ancien salarié à la date de rupture du contrat de travail ou en fonction du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1er janvier de l'exercice d'assurance.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'Ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

14.5 - Justificatifs à fournir

Pour toute demande de prestations, l'Assuré devra fournir, outre les justificatifs indiqués à la partie « Paiement des prestations » des différentes garanties de la présente notice d'information, une attestation de prise en charge au titre de l'assurance chômage, datée du mois de survenance du sinistre.

Article 15 – Revalorisation des prestations

Article 15.1 – Champ d'application

Sont revalorisables :

- les prestations Décès
- les prestations Rentes Education
- les prestations Indemnités Journalières
- les prestations Rentes Invalidité
- la base des prestations en cas de décès pour les participants bénéficiant du maintien des garanties par suite de l'Incapacité temporaire de travail ou d'Invalidité

Article 15.2 – Revalorisation des prestations

Le montant des prestations périodiques en cours de service est revalorisé chaque 1^{er} janvier sur la base de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC puis AGIRC-ARRCO à cette date.

Pour les décès postérieurs au 1^{er} janvier 2016, la revalorisation post mortem du capital garanti interviendra à compter du décès de l'Assuré.

Article 15.3 – Revalorisation de la base des prestations

La revalorisation est effectuée, sauf disposition particulière, sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC puis AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel le sinistre s'est produit et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

Cependant lorsque le décès ou la Perte Totale ou Irréversible d'Autonomie (PTIA) survient après une période d'incapacité de travail, le traitement de base est revalorisé sur la base de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC puis AGIRC-ARRCO à la date de l'évènement.

Article 15.4 – Plafond de revalorisation

Le montant global des revalorisations est limité à 2% maximum par an du montant des prestations.

Article 15.5 – Revalorisation en cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information

En cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, les prestations périodiques en cours de service sont maintenues au niveau atteint à cette date et se poursuivent jusqu'au terme de chaque garantie. Les revalorisations ultérieures ne sont plus versées à compter de la date de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information.

Article 15.6 – Revalorisation de la garantie en cas de décès de l'Adhérent

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 22.4 « Paiement des prestations » de la présente notice d'information, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Article 16 – Engagement de l'Assureur

Le montant de la (des) prestation(s) due(s), lié au décès ou à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré, est limité à 80 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du sinistre.

Les capitaux garantis ainsi que les capitaux constitutifs de rente(s) à servir doivent être pris en compte pour le calcul de cette limite.

Article 17 – Cotisations

17.1 - Taux et assiette des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, dont le montant est obtenu par application à l'assiette des cotisations des taux définis au contrat liant le Souscripteur et l'Assureur.

L'assiette des cotisations est constituée par la rémunération brute annuelle de l'Assuré déclarée par le Souscripteur à l'administration des impôts ; cette rémunération est plafonnée aux tranches A, B et C.

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, de l'examen des questionnaires de santé et des résultats du contrat relatif à la présente notice d'information. La reprise éventuelle des risques en cours ou l'extension des garanties aux personnes absentes en raison de maladie, congé parental, formation ou création d'entreprise, peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique mentionnée à l'annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information.

17.2 - Paiement de la cotisation

La cotisation annuelle est payable trimestriellement à terme échu dans les trente (30) premiers jours suivant chaque échéance. Pour ce faire, le Souscripteur procède lui-même au calcul de la cotisation due et à son versement à l'Assureur.

La cotisation à la charge de l'Assuré est prélevée sur son salaire.

17.3 – Défaut de paiement de primes

A défaut de paiement d'une prime annuelle ou d'une fraction de prime annuelle dans ce délai, l'Assureur adresse une lettre

recommandée de mise en demeure au Souscripteur dix (10) jours au plus tôt après l'échéance impayée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la possibilité de procéder à la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.

Lorsque l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Assureur ne peut faire usage des dispositions ci-dessus relatives à la résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information. Le cas échéant, le défaut de paiement entraînera le versement d'intérêts de retard égaux à 1 % des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité, sans préjudice du droit pour l'Assureur de faire valoir ses droits en justice.

Article 18 – Notice d'information

Le Souscripteur remet aux Assurés la présente notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice d'information à l'Assuré.

Article 19 – Modification des garanties

Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois (3) mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

Article 20 – Renseignements – Réclamations - Médiation

Les demandes d'information ou de réclamation sont à réaliser selon les indications précisées à l'annexe 1 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

En cas de contestation d'une décision médicale prise par le Médecin Conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision conformément à la procédure décrite aux articles 28.4 « Contrôle » et 28.5 « Conciliation » de la présente notice d'information.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré, ses Ayants droit ou les Bénéficiaires pourront s'adresser au Médiateur à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Article 21 – Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Article 22 – Garantie décès et Perte Totale et Irréversible d'autonomie toutes causes

22.1 – Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti est précisé en annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information, il peut dépendre de la situation familiale de l'assuré au moment de l'évènement garanti.

22.2 – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) tels que définis à l'article 8 « Définitions » de la présente notice d'information.

Peut constituer l'une des conditions de nature à justifier cet état, le versement d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement en 3^{ème} catégorie ou d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité égal à 100 %.

L'Assureur se réserve le droit de faire pratiquer un examen médical à ses frais auprès d'un médecin désigné par ses soins.

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

Le capital garanti fixé en annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. La garantie en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA. Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

La PTIA doit être constatée par l'Assureur pendant la durée du contrat relatif à la présente notice d'information.

22.3 - Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à son Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou à son Partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ou à son Concubin,
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,

- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut à ses autres héritiers par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les Bénéficiaires de son choix.

Pour ce faire, le Souscripteur remet à l'Assuré un document établi par l'Assureur et relatif à la désignation de Bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix.

La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du Bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des Bénéficiaires. Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous signature privée signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers également prévus.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des Bénéficiaire(s) ou à son (ses) représentant(s) légal (légaux).

Le capital garanti en cas de PTIA est versé à l'Assuré ou à son représentant légal pour le compte de l'Assuré.

Les majorations résultant de la situation de famille de l'Assuré ne sont versées qu'aux personnes en considération desquelles elles ont été prévues.

22.4 - Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'assureur étant précisé que la prestation n'est due qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces requises, sous réserve de l'article 7 « Prescription » :

➤ En cas de décès

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause du décès,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des Bénéficiaire(s) ainsi que la désignation de Bénéficiaire(s) éventuelle,
- un relevé d'identité bancaire du ou des Bénéficiaire(s) ou de son (ses) représentant(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des Bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

➤ En cas de PTIA

- la notification de la décision de Sécurité sociale classant l'Assuré en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles,
- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant si possible la cause de la PTIA,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant,
- un relevé d'identité bancaire de l'Assuré ou, le cas échéant, de son représentant,
- et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.

Lorsque le montant du capital dépend de la situation familiale de l'Assuré les justificatifs suivants seront demandés :

▪ **Assuré marié**

- un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales, une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le Conjoint, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire,

▪ **Assuré ayant conclu un pacte civil de solidarité**

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance et à compter du 1er novembre 2017 par l'officier d'état civil de la mairie, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du Partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé,

▪ **Assuré ayant des Enfants à charge**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété,
- une copie de l'avis d'imposition de l'Assuré et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- pour les Enfants à charge de plus de 18 ans : un certificat de scolarité délivré par un établissement agréé,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge de plus de 18 ans,
- une copie de la 1ère inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi pour les Enfants à charge de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés de plus de 18 ans,

- une copie de la carte d'invalidité ou de la carte Mobilité Inclusion pour les Enfants à charge en situation de handicap,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge.

Dans tous les cas et selon la qualité du (des) Bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation :

▪ **Conjoint :**

- les pièces visées ci-dessus pour un Assuré marié,

▪ **Partenaire :**

- les pièces visées ci-dessus pour un Assuré ayant conclu un pacte civil de solidarité,

▪ **Concubin :**

- une attestation de concubinage délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

▪ **Enfants :**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

▪ **Bénéficiaire nommé désigné :**

- un extrait d'acte de naissance,
- une photocopie de la pièce d'identité

▪ **Héritiers :**

- un acte de notoriété, un certificat d'hérité,
- une photocopie de la Carte Nationale d'Identité.

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'article 22.3 « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

Article 23 – Garantie décès et Perte Totale et Irreversible d'autonomie toutes accidentels

23.1 – Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA) d'un Assuré suite à un Accident, tel que défini à l'article 8 « Définitions » survenant pendant la période de garantie.

L'étendue et le montant du capital garanti sont précisés en annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information.

23.2 – Définitions

L'Accident est défini à l'article 8 « Définitions ».

Le décès ou la PTIA est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'Accident.

La Perte Totale et Irreversible d'Autonomie (PTIA) est définie à l'article 8 « Définitions » de la présente notice d'information.

Le capital garanti fixé à l'annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA accidentelle aura été apportée. La garantie en cas de décès accidentel prend fin lors du règlement du capital PTIA accidentelle.

Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA accidentelle et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès accidentel qui sera versé.

23.4 – Bénéficiaires

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'article 22.3 « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

23.5 – Paiement des prestations

Les demandes de prestations doivent être adressées au Souscripteur et accompagnées :

- des pièces définies à l'article 22.4 « Paiement des prestations » de la présente notice d'information,
- de toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'Accident et le décès ou la PTIA.

Article 24 – Garantie Capital Double Effet

24.1 – Objet et montant

Dans le cas où, simultanément ou postérieurement au décès et au plus tard dans un délai d'un an le Conjoint venait à décéder en laissant, à la date de du décès, un ou plusieurs Enfants à charge tels que définis à l'article 8 « Définitions », il est garanti un capital à répartir, par parts égales, entre ces Enfants.

Le montant du capital est précisé en annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information.

24.2 – Bénéficiaires

Le capital est versé sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Enfant (des Enfants) à charge.

24.3 – Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'assureur étant précisé que la prestation n'est due qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces requises, sous réserve de l'article 7 « Prescription » :

- un extrait d'acte de décès du Conjoint de l'Assuré,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de l'événement,
- un extrait d'acte de naissance pour chacun des Enfants à charge,
- une copie de l'avis d'imposition du Conjoint et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge,
- un certificat de scolarité pour les Enfants étudiants âgés de plus de 18 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge concernés de plus de 18 ans,

- une copie de la 1ère inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi, pour les Enfants à charge de plus de 18 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés de plus de 18 ans,
- une copie de la carte d'invalidité ou Mobilité Inclusion pour les Enfants à charge en situation de handicap,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge concernés,
- un relevé d'identité bancaire de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge.

Article 25 – Garantie Rente de Conjoint

25.1 - Objet et montant

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère et/ou temporaire au profit du Conjoint de l'Assuré sans enfant à charge au moment du décès de l'Assuré, en cas de décès de ce dernier survenant pendant la période de garantie.

L'étendue et le montant de cette prestation sont précisés à l'annexe 4.

25.2 - Bénéficiaire

Le bénéficiaire de la rente est :

le Conjoint de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif.

le Partenaire dont le pacte civil de solidarité n'est pas rompu au moment du décès de l'Assuré.

Le Concubin dont la vie commune avec l'Assuré présentait un caractère de stabilité et de continuité au moment du décès de l'Assuré.

Il ne doit pas avoir d'enfant à charge au moment du décès de l'Assuré.

La prestation est servie pour une durée de 5 ans maximum et cesse si le conjoint survivant perd son statut : c'est à dire s'il se remarie, conclut un nouveau pacte civil de solidarité, se réengage dans une relation de concubinage ou décède.

25.3 - Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la rente garantie doivent être adressées à l'assureur étant précisé que la prestation n'est due qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces requises, sous réserve de l'article 7 « Prescription » :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause de l'événement,
- les pièces justificatives de la qualité du bénéficiaire : un extrait d'acte de naissance obligatoirement, un extrait d'acte de mariage ou une attestation du pacte civil de solidarité établie, après la date du décès de l'Assuré, par le greffe du tribunal d'instance, ou une attestation de concubinage délivrée par la mairie (ou à défaut, une attestation avec deux

témoins du concubinage accompagnée d'une facture établie aux deux noms).

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du bénéficiaire et, le cas échéant, de son ou ses représentants,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial,
- un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

Chaque 1^{er} janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en ANNEXE 2 « MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE ») ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie ; elle est versée au bénéficiaire, et débute le jour du décès de l'Assuré : un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Article 26 – Garantie Frais d'Obsèques

26.1 – Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital, en cas de décès de l'Assuré et/ou de son Conjoint et/ou d'un Enfant à sa charge âgé de 12 ans et plus (sous réserve du respect des dispositions légales en la matière) survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti et les personnes couvertes par cette garantie sont précisés à l'annexe 4.

26.2 – Bénéficiaires

Le capital garanti est versé par l'Assureur à la personne physique ou à l'organisme de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti défini en annexe 4 de la présente notice d'information.

En ce qui concerne le solde éventuel du capital garanti en cas de décès de l'Assuré, la désignation de bénéficiaire(s) est régie par les stipulations de l'article 22.3 « Bénéficiaires » de la présente notice d'information.

En cas de décès du Conjoint et/ou d'un Enfant à charge âgé de 12 ans ou plus, le solde éventuel du capital garanti est versé à l'Assuré ou en cas de décès de ce dernier selon les modalités de l'article 22.3 « Bénéficiaires » de la notice d'information.

En cas de décès d'un enfant à charge de moins de 12 ans, les frais d'obsèques seront indemnisés et limités aux frais réels engagés dans la limite du capital prévu à l'annexe 4 de la notice d'information.

26.3 – Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la garantie doivent être

adressées à l'Assureur, accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
 - une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour ou une attestation du pacte civil de solidarité ou une attestation de concubinage délivrée par la mairie (ou à défaut, une attestation avec deux témoins du concubinage accompagnée d'une facture établie aux deux noms),
- S'il s'agit de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques :
 - la facture des prestations réalisées,
 - un extrait K Bis de moins de 3 mois,
 - un relevé d'identité bancaire au nom de l'organisme de Pompes Funèbres.
 - S'il s'agit de la personne physique ayant réglé les obsèques :
 - la facture originale acquittée au nom de la personne physique,
 - une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
 - un relevé d'identité bancaire à son nom ou, le cas échéant, de son ou ses représentants.

Quant au règlement du solde éventuel de la garantie, la demande doit être accompagnée des pièces visées à l'article 26.3 « Paiement des prestations » de la notice d'information.

Article 27 – Garantie rente éducation

27.1 – Objet et montant

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire au profit de chaque Enfant à charge de l'Assuré en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de ce dernier survenant pendant la période de garantie. Le montant de cette prestation est précisé en annexe 4 de la présente notice d'information.

27.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La notion de PTIA est définie à l'article 8 « Définitions » de la présente notice d'information.

Lorsque l'Assuré décède alors que la rente éducation est déjà servie au titre de la PTIA, la prestation continue d'être versée pour son montant initialement prévu.

27.3 - Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les Enfants à la charge de l'Assuré à la date de l'événement, selon les modalités définies à l'article 8 « Définitions » de la présente notice d'information.

La prestation est alors versée à l'Enfant à charge :

- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 21^{ème} anniversaire,
- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 26^{ème} anniversaire s'il justifie, soit :

- de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées ;
- d'être en apprentissage ;
- de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
- d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- d'être employé dans un ESAT (Etablissements et services d'aide par le travail) en tant que travailleurs handicapés.

27.4 – Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'assureur étant précisé que la prestation n'est due qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces requises, sous réserve de l'article 7 « Prescription » :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré ou les pièces pouvant justifier la PTIA,
- un certificat médical attestant du décès ou pouvant justifier la PTIA et précisant si possible la cause de l'événement,
- un extrait d'acte de naissance pour chacun des Enfants à charge,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie de l'Assuré précédant le décès ou l'arrêt de travail initial,
- une copie de l'avis d'imposition de l'Assuré et des Bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- un certificat de scolarité pour les Enfants à charge assurés sociaux ou étudiants concernés âgés de plus de 20 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les Enfants à charge apprentis concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la 1ère inscription auprès de Pôle Emploi comme demandeur d'emploi, pour les Enfants à charge concernés de plus de 20 ans,
- une copie du contrat de travail délivrée par l'ESAT pour les Enfants à charge travailleurs handicapés concernés de plus de 20 ans,
- une copie de la carte d'invalidité pour les Enfants à charge en situation d'invalidité,
- un justificatif du versement de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale pour les Enfants à charge concernés.
- un relevé d'identité bancaire de l'Enfant (de chaque Enfant) à charge.

Les pièces relatives aux études poursuivies par l'Enfant à charge ou à son invalidité doivent être fournies pour le 30 novembre au plus tard chaque année ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie : une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en annexe 3 « MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE » de la présente notice d'information) ainsi que les pièces justificatives liées à leur situation pour les Enfants à charge âgés de plus de 18 ans ou en situation de handicap doivent être produites chaque année. La rente est versée à l'Enfant à charge bénéficiaire. Elle débute le jour du décès ou de la PTIA de l'Assuré : un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès ou de la PTIA de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Le service de la rente cesse :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution visées à l'article 27.3 « Bénéficiaire » ;
- au plus tard, en tout état de cause, à la fin du trimestre civil au cours duquel le Bénéficiaire décède.

La rente éducation devient viagère si :

- L'enfant est handicapé. Les conditions mentionnées en supra ne sont alors pas nécessaires.

Article 28 – Garanties Incapacité de Travail - Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente – Garantie invalidité pour cause d'accident du travail et maladie professionnelle

Article 28.1 – Objet et montant

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a pour objet le versement d'une prestation périodique sous forme d'une indemnité journalière à tout Assuré qui se trouve temporairement dans l'obligation d'interrompre totalement, en raison d'une maladie ou d'un Accident, l'exercice de l'emploi qu'il occupait au moment du sinistre.

La garantie Invalidité Permanente a pour objet le versement d'une prestation périodique sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré qui se trouve dans l'obligation d'interrompre ou de réduire son activité de manière définitive à la suite d'une maladie ou d'un Accident survenant pendant la période de garantie.

La garantie Invalidité pour cause d'accident du travail et maladie professionnelle a pour objet le versement d'une prestation périodique sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré qui se trouve dans l'obligation d'interrompre ou de réduire son activité de manière définitive à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un Accident du travail survenant pendant la période de garantie.

L'étendue et le montant de la garantie sont précisés à l'annexe 4.

28.2 – Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale s'il se trouve, pendant la période de garantie, temporairement

inapte, en raison d'une maladie ou d'un Accident, à exercer l'emploi qu'il occupait au moment du sinistre.

A la reconnaissance de l'état d'incapacité temporaire totale, l'Assuré perçoit, à l'expiration d'un délai de franchise, une indemnité journalière dont le montant est fixé en pourcentage de la 360^{ème} partie du traitement de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail pris en considération pour le décompte de la franchise.

La durée du délai de franchise fixé à l'annexe 4 est constituée de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail (intervenues dans les 365 derniers jours précédant l'arrêt de travail en cas de franchise discontinuée) pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières.

Le délai de carence est la période pendant laquelle la garantie ne peut jouer.

Le service de cette indemnité est payable par l'Assureur par mois ou trimestre échu, selon dispositions précisées à l'annexe 4, jusqu'à la date de reconnaissance d'un état d'invalidité permanente totale ou partielle et au plus tard jusqu'à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

En cas de rechute, l'indemnisation reprend sans application du délai de franchise.

La rechute est définie comme tout nouvel arrêt de travail ayant pour origine une maladie ou un Accident déjà indemnisé au titre de la garantie « Incapacité Temporaire Totale » et qui se produit dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date de la reprise d'activité.

L'Assuré autorisé par la Sécurité sociale à reprendre une activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, tout en recevant une indemnité journalière, continuera à recevoir l'indemnité journalière prévue par l'Assureur dans la limite de la garantie souscrite, déduction faite du salaire perçu au titre de cette activité et soumis à charges sociales salariales.

28.3 – Invalidité permanentes

L'Assureur garantit le service d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle, si l'Assuré est reconnu définitivement inapte à occuper totalement ou partiellement l'emploi qu'il exerçait au moment du sinistre ou une activité professionnelle socialement équivalente.

Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le médecin conseil de l'Assureur en application de l'annexe 1 « Barème d'invalidité permanente » et selon les dispositions de l'article 28.5 « Contrôle » des présentes Conditions Générales, mais au plus tôt, à l'expiration du délai de franchise exprimé en jours continus ou discontinus d'arrêt de travail (intervenues dans les 365 derniers jours précédant la reconnaissance de l'invalidité en cas de franchise discontinuée) et dont la durée est indiquée à l'annexe 4.

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 360^{ème} partie du traitement de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

La rente est servie par l'Assureur par mois ou trimestre échu, selon dispositions précisées à l'annexe 4.

En cas de modification de l'état d'invalidité de l'Assuré, la rente sera ajustée en conséquence.

En cas de cessation de service de la rente quelle qu'en soit la cause, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance trimestrielle payée par l'Assureur jusqu'au jour de la cessation des arrérages de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par la Sécurité sociale.

28.4 – Invalidité pour cause d'accident du travail et maladie professionnelle

L'Assureur garantit le service d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle due à une maladie professionnelle ou un accident du travail, si l'Assuré est reconnu définitivement inapte à occuper totalement ou partiellement l'emploi qu'il exerçait au moment du sinistre ou une activité professionnelle socialement équivalente.

Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le médecin conseil de l'Assureur en application de l'annexe 1 « Barème d'invalidité permanente » et selon les dispositions de l'article 28.5 « Contrôle » des présentes Conditions Générales, mais au plus tôt, à l'expiration du délai de franchise exprimé en jours continus ou discontinus d'arrêt de travail (intervenues dans les 365 derniers jours précédant la reconnaissance de l'invalidité en cas de franchise discontinuée) et dont la durée est indiquée à l'annexe 4.

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée.

Le délai de carence est la période avant laquelle la garantie ne peut jouer.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 360^{ème} partie du traitement de base sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale.

La rente est servie par l'Assureur par mois ou trimestre échu, selon dispositions précisées à l'annexe 4.

En cas de modification de l'état d'invalidité de l'Assuré, la rente sera ajustée en conséquence.

En cas de cessation de service de la rente quelle qu'en soit la cause, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance trimestrielle payée par l'Assureur jusqu'au jour de la cessation des arrérages de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale.

28.5 - Contrôle

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport de la visite médicale passée par l'Assuré à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais, afin de vérifier que l'Assuré est bien en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente.

En cas de contrôle dans le cadre de l'invalidité permanente, le médecin mandaté par l'Assureur détermine les taux à partir de deux critères d'incapacité :

- une incapacité fonctionnelle,
- une incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle (IF) est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale, sur la base des critères d'évaluation de la dernière édition du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun du concours médical. Le taux IF varie de 0 à 100 % (ANNEXE 1 « BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE »).

Le taux d'incapacité professionnelle (IP) est apprécié en fonction du taux et de 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 d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente, des possibilités de rééducation. Le taux IP varie de 0 à 100 % (ANNEXE 1 « BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE »).

A partir du taux IF et du taux IP, le taux d'invalidité permanente dénommé également TRI est déterminé conformément au tableau repris en ANNEXE 1 « BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE » par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

28.6 - Conciliation

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir dans un délai de trois (3) mois un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Le médecin de l'Assuré et le Médecin-Conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-après est mise en œuvre :

L'Assureur invite son Médecin-Conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

28.7 - Règle de cumul

Le cumul de la prestation due par l'Assureur, de la prestation reçue de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, et le cas échéant, de la rémunération versée par l'entreprise ne peut à aucun moment excéder 100 % du salaire net de l'Assuré.

Le salaire net est calculé à partir du traitement de base tel que défini à l'article 9 « Définitions » des Conditions Générales, duquel sont retirées les charges sociales salariales, la CRDS et la CSG.

En cas de dépassement, la prestation de l'Assureur est réduite à due concurrence.

28.8 - Paiement des prestations

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la rente garantie doivent être

adressées à l'assureur étant précisé que la prestation n'est due qu'à compter de la réception de l'ensemble des pièces requises, sous réserve de l'article 7 « Prescription » :

- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant l'arrêt de travail,
- les certificats établis par le médecin traitant,
- les originaux des décomptes de la Sécurité sociale justifiant la prise en charge de l'incapacité temporaire de travail au titre du régime de base,
- les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en incapacité permanente ou en invalidité, ainsi que les récépissés successifs de la rente servie par cet organisme,
- toute autre pièce nécessaire à la liquidation des prestations dues, y compris les pièces justifiant le règlement de prestations autres que celles servies par la Sécurité sociale (Attestations de règlement par le Pôle emploi, copie des bulletins de paie correspondant à la période de reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique),
- un relevé d'identité bancaire du Souscripteur ou, le cas échéant, du salarié (ou de son/ses représentants),
- **chaque 1^{er} janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en ANNEXE 2 « MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE ») ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues,**
- toute autre pièce complémentaire (médicale ou non) demandée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces sont à adresser dans un délai maximum de trois (3) mois ; à défaut la prestation est suspendue.

Pendant la durée du contrat de travail liant l'Assuré au Souscripteur, les prestations dues par l'Assureur sont réglées au Souscripteur, à charge pour elle de les verser aux bénéficiaires concernés. Après la rupture du contrat de travail, elles sont réglées directement à l'Assuré.

Le service des prestations cesse :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date de fin de service des prestations par la Sécurité sociale,
- dans le cadre de la garantie invalidité permanente, à la date de reprise d'une activité à temps complet par l'Assuré,
- dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, à la date à laquelle l'Assuré est reconnu apte à exercer une activité professionnelle même à temps partiel suite à contrôle médical,
- dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente, si le TRI fixé suite à contrôle médical est inférieur à 33 %.

28.9 - Subrogation

Conformément à l'article L 131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un Accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare les

conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'Assuré à travailler.

Article 29 – Exclusions communes à l'ensemble des garanties d'assurance

SONT EXCLUS ET N'ENTRAINENT AUCUN PAIEMENT A LA CHARGE DE L'ASSUREUR :

- LES CONSEQUENCES DU SUICIDE OU D'UN FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURE DANS LA PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE SUIVANT LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES.
- LES FAITS INTENTIONNELLEMENT CAUSES OU PROVOQUES PAR L'ASSURE OU LES BENEFICIAIRES,
- LES CONSEQUENCES DE GUERRE CIVILE ET ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, D'ACTE DE TERRORISME, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QUE SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,
- LES CONSEQUENCES DE LA PARTICIPATION VOLONTAIRE ET VIOLENTE DE L'ASSURE A DES RASSEMBLEMENTS, MANIFESTATIONS SUR LA VOIE PUBLIQUE, A DES MOUVEMENTS POPULAIRES,
- LES CONSEQUENCES DE DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, COMPETITIONS NECESSITANT L'UTILISATION D'ENGINS A MOTEURS,
- LES CONSEQUENCES DES RIXES, JEUX ET PARIS,
- LES CONSEQUENCES DE L'USAGE DE STUPEFIANTS, LORSQU'ILS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MEDICALEMENT PRESCRIT,
- LE SINISTRE QUI SURVIENT ALORS QUE L'ASSURE PRESENTE UN TAUX D'ALCOOLEMIE SUPERIEUR AU TAUX PREVU PAR L'ARTICLE L 234-1 DU CODE DE LA ROUTE ET RELEVANT DES DELITS,
- LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDES,
- LES CONSEQUENCES DE VOLS SUR AILE VOLANTE, SUR ULM, DE LA PRATIQUE DE PARAPENTE, DE SAUT A L'ELASTIQUE OU EN PARACHUTE,
- LES CONSEQUENCES DES EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME.

Article 30 – Les garanties d'assistance

30.1 – Date d'effet, cessation et étendue géographique des garanties

30.1.1 – Date d'effet des garanties

Les garanties d'assistance entrent en vigueur à l'adhésion de l'Adhérent au contrat relatif à la présente notice d'information; sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

L'Assisteur garantit les événements survenus pendant toute la durée de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information; et notamment pendant toute la durée des garanties « Prévoyance » auxquelles elle est associée.

30.1.2 – Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse pour chaque Adhérent :

- en cas de résiliation du contrat relatif à la présente notice d'information, dans ce cas l'Assureur informera les Bénéficiaires de cette résiliation et l'Assisteur,
- en cas de non-paiement de la prime par le Souscripteur dans les conditions définies à l'article « Défaut de paiement des primes » de la présente notice d'information,
- en cas de résiliation de l'adhésion aux garanties Prévoyance de l'Adhérent.

30.1.3 – Etendue géographique des garanties

Les prestations assistances s'appliquent en France telle que définie à l'article « Définitions » de la présente notice d'information.

Les prestations garanties (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport, localisation du prestataire, du Bénéficiaire, du Proche ou du Proche parent) sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

30.2 – Délivrance et Règlement des Prestations

30.2.1 – Délivrance des prestations

A défaut de respecter ce délai, sauf cas fortuit ou force majeure, l'Adhérent s'expose à un refus de prise en charge du sinistre.

Les informations transmises par l'Assisteur sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale des professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous quarante-huit (48) heures.

L'Assisteur décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

L'Assisteur intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année.

Toutefois, les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur.

Ainsi, il est indispensable de contacter l'Assisteur, au numéro de téléphone suivant : **+33 (0)1 41 98 50 60 (appel non surtaxé)**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours calendaires suivant l'événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge de la part de l'Assisteur.

À défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par l'Adhérent ne sera remboursée.

30.2.2 – Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de l'Assisteur, l'Adhérent ou la personne ayant engagé les frais doit obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que l'Assisteur jugerait utile et

notamment un certificat médical, un bulletin d'hospitalisation etc.

Le règlement des prestations intervient dans les quinze (15) jours suivant la réception desdites pièces par l'Assisteur, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

30.3 – Détail des garanties d'assistance et des services

30.3.1 – Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont détaillées dans le Tableau des garanties de l'annexe 4 « Garanties » de la présente notice d'information.

30.3.2 – Service : « Conciergerie Lyfe »

Le Service « Conciergerie Lyfe » est un service téléphonique et digital, accessible à partir de la Plateforme Lyfe, géré par la société Filassistance International à la demande de Lyfe.

La mise en œuvre du Service « Conciergerie Lyfe », est sous-traitée par Lyfe à Filassistance International, sous-traitant accepté par le Souscripteur. Il est toutefois entendu entre les Parties que Lyfe pourra recourir à d'autres sous-traitants pour la mise en œuvre de ce Service, sans avoir à obtenir l'autorisation préalable du Souscripteur.

La Conciergerie Lyfe est composée de chargés d'assistance qui ont vocation à mettre en relation les Bénéficiaires avec les différents prestataires mettant en œuvre respectivement leurs propres Services.

Le Service « Conciergerie Lyfe » permet notamment l'organisation de rendez-vous auprès de ces prestataires, et le traitement des réclamations, en lien avec Lyfe et en lien avec les prestataires de Services.

Modalités d'accès et d'utilisation de la Plateforme Lyfe et de la Conciergerie Lyfe

1. Modalités d'accès :

Pour pouvoir utiliser les Services proposés via la Plateforme Lyfe, les Bénéficiaires doivent créer eux-mêmes un compte sur la Plateforme Lyfe. Cette création est subordonnée à leur acceptation, par une case à cocher, des CGUS de Lyfe.

Afin que les Bénéficiaires puissent utiliser les Services qui leur sont proposés via la Plateforme Lyfe aux conditions convenues entre Lyfe et le Distributeur, un **code d'accès** permettant d'assigner aux Bénéficiaires les droits afférents pour l'utilisation des Services doit être renseigné lors de l'inscription. Ce code est identique pour tous les Bénéficiaires.

La Conciergerie Lyfe est à leur disposition du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 8h30 à 20h00, par téléphone au

+33 (0)1 41 98 50 60, prix d'une communication locale

Les Bénéficiaires ont également la possibilité de déposer un message électronique à partir de l'emplacement « Nous contacter » accessible sur la Plateforme Lyfe (page d'accueil), ou par courriel à l'adresse :

conciergerie@lyfe.fr

Lorsqu'un Bénéficiaire contacte la Conciergerie Lyfe, celle-ci peut être amenée à lui demander le code d'affiliation, afin de répondre à sa demande.

2. Modalités d'utilisation :

Ce site internet <https://mfp.lyfe.fr> est l'accès digital au portail Lyfe. Il est complémentaire au canal téléphonique. Il permet notamment aux Bénéficiaires d'accéder aux Services proposés via la Plateforme Lyfe pour obtenir des informations générales sur les Services proposés et sur le fonctionnement et l'utilisation de la Plateforme Lyfe.

MFPrévoyance

**Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance
au capital de 81 773 850 euros**

Entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS Paris sous le numéro 507 648 053

**Dont le siège social est situé au 62, rue Jeanne d'Arc –
75640 PARIS CEDEX 13**

Lyfe,

SAS au capital de 100 000 euros

**Enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés de
Paris sous le numéro 817 470 800,**

**dont le siège social est situé au 4 place Raoul Dautry, 75015
Paris**

FILASSISTANCE INTERNATIONAL

**Société anonyme à Conseil d'administration au capital de
3 500 000 euros (€)**

Entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 433 012 689

**Dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD CEDEX**

ANNEXE 1 – RENSEIGNEMENTS – RECLAMATIONS - MEDIATION

Les demandes d'information ou de réclamation sont à réaliser selon les indications précisées ci-dessous :

Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance :

Pour toute demande d'information ou réclamation relative à l'admission dans l'assurance, l'Adhérent peut s'adresser à :

**CETIM - AE
TSA 80113
69501 LYON Cedex 03
Tél : 04 27 18 44 70**

Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :

Pour tout renseignement ou réclamation sur le règlement des cotisations, l'Adhérent ou ses Ayants droit peuvent s'adresser à :

**CETIM - AE
TSA 80113
69501 LYON Cedex 03
Tél : 04 27 18 44 70**

Renseignement en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent s'adresser à :

**CETIM - AE
TSA 80113
69501 LYON Cedex 03
Tél : 04 27 18 44 70**

Réclamation en cas de sinistre :

Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent s'adresser à :

**CETIM - AE
TSA 80113
69501 LYON Cedex 03
Tél : 04 27 18 44 70**

Après réception d'une réclamation, MFPrévoyance ou, le cas échéant, le Souscripteur, adresse à l'Adhérent ou à ses Ayants droit un accusé de réception de la demande dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables. La réponse est adressée à l'Assuré ou ses Ayants droit dans les deux (2) mois qui suivent. Toute demande d'information complémentaire suspend ce délai.

En cas de contestation d'une décision médicale prise par le Médecin Conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision conformément à la procédure décrite aux articles « Contrôle » et « Conciliation » du présent Contrat.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré, ses Ayants-droit ou les Bénéficiaires pourront s'adresser au médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

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

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance. L'Assuré ou ses Ayants droit peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Assureur et/ou le Délégué de gestion, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

**ACPR, 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09**

La gestion des réclamations propres à Lyfe et aux garanties d'assistance

La Conciergerie Lyfe réceptionne, transfère et/ou traite les réclamations, selon l'objet de la réclamation, pour faire un retour au Bénéficiaire, au plus tard dans un délai de :

- huit (8) jours ouvrés maximum à partir de la réception de la réclamation par la Conciergerie Lyfe, si celle-ci concerne exclusivement l'utilisation et le fonctionnement de la Plateforme Lyfe (réclamation technique ou sur l'expérience client du Bénéficiaire sur la Plateforme Lyfe). La réclamation est adressée à Lyfe, qui se charge de son traitement. La réponse écrite à la réclamation sera adressée au Bénéficiaire par Lyfe.
- huit (8) jours ouvrés maximum à partir de la réception de la réclamation par la Conciergerie Lyfe, si celle-ci concerne le Service « Conciergerie Lyfe » (mise en œuvre du Service tel que décrit à l'article 3). Dans ce cas, la réclamation est traitée par la Conciergerie Lyfe. Une réponse écrite à la réclamation est formulée par la Conciergerie Lyfe après validation de la réponse par Lyfe.

En tout état de cause, la réclamation doit être adressée par :

- email à l'adresse suivante : conciergerie@lyfe.fr ou via la rubrique « Nous contacter » accessible sur la Plateforme Lyfe;
- ou par courrier postal à l'adresse suivante de Filassistance International : 108, Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud.

La gestion des réclamations propres aux prestataires de services tiers

- Lorsque la réclamation relative à la mise en œuvre du Service tiers est adressée à la Conciergerie Lyfe, cette dernière réceptionne puis transfère la réclamation sans délai au prestataire du Service concerné. La réclamation est traitée par le prestataire du Service qui formule, sous sa responsabilité exclusive, une réponse écrite à la réclamation et l'adresse au Bénéficiaire. Lyfe sera seulement informée de ce retour.
- Lorsque la réclamation relative à la mise en œuvre du Service tiers est adressée directement au prestataire du Service concerné, ce dernier traite la réclamation, et adresse la réponse écrite directement au Bénéficiaire, selon les modalités de traitement des réclamations fixées dans les CGU de chaque prestataire, chacun sous sa responsabilité exclusive.

En tout état de cause, le délai de réponse aux Bénéficiaires est de quinze (15) jours ouvrés maximum suivant la réception de la réclamation par le prestataire de Service concerné.

La médiation de la consommation de Lyfe

Dès lors que le litige n'a pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès du service réclamation de Lyfe, le Bénéficiaire pourra mettre en œuvre un recours auprès du médiateur de la consommation de Lyfe, dont les coordonnées sont mentionnées sur la page « Médiation » de la Plateforme Lyfe, accessible à l'adresse URL : <https://mfp.lyfe.fr/mediation>.

ANNEXE 2 - BAREME D'INVALIDITE PERMANENTE

Le Taux Résultant d'Incapacité (TRI) résulte du croisement de deux taux : le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié lors du contrôle médical sur la base des critères d'évaluation de la dernière édition du Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun dit "du Concours Médical".

Le taux d'incapacité fonctionnelle varie entre 0 % et 100 %.

Si le taux retenu est égal à 0 %, il n'existe pas d'incapacité fonctionnelle.

Lorsqu'il est compris entre 1 % et 20 % il est arrondi à 20 %. Lorsqu'il est supérieur à 20 % il est arrondi à la dizaine supérieure selon les trois exemples suivants : 28 % arrondi à 30 % ; 40 % reste 40 % ; 41 % arrondi à 50 %.

Le taux d'incapacité professionnelle varie entre 0 % et 100 % et s'apprécie en fonction de la capacité restante de travail de l'Assuré sur la base des critères précisés ci-dessous :

Taux d'incapacité professionnelle	L'Assuré est capable physiquement et/ou mentalement d'exercer :
0 %	Totalement la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente
20 %	Totalement une activité professionnelle différente de la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente et au moins socialement équivalente
50 %	Partiellement la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente soit totalement une activité professionnelle différente et non socialement équivalente
70 %	Partiellement une activité professionnelle différente et non socialement équivalente
100 %	Aucune profession quelconque et/ou aucune activité pouvant procurer gain ou profit

Le taux d'incapacité professionnelle varie entre 0 % et 100 %.

Les valeurs des Taux Résultant d'Incapacité (TRI) en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, sont les suivantes :

Taux d'incapacité professionnelle (IP)	Taux d'incapacité fonctionnelle (IF)								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
20 %	20	26	32	37	42	46	50	55	58
50 %	27	36	43	50	56	63	68	74	79
70 %	30	40	48	56	63	70	77	83	89
100 %	34	45	54	63	71	79	86	93	100
Valeurs du TRI en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle (IF) et du taux d'incapacité professionnelle (IP)									

Les TRI inférieurs à 33 % ne donnent pas lieu à une reconnaissance d'une invalidité permanente.

Les TRI compris entre 33 % et 66 % peuvent donner lieu à la reconnaissance d'une invalidité permanente partielle.

Les TRI supérieurs à 66 % peuvent donner lieu à une reconnaissance d'une invalidité permanente totale.

ANNEXE 3 - MODELE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

À remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de naissance

Prénom(s) (selon l'ordre de l'état civil)

Né (e) le..... à.....

Demeurant (adresse complète)

.....

.....

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser)

Conformément aux dispositions fixées par le contrat d'assurance de groupe :

N° du contrat :

Entreprise :

N° Dossier :

Je reconnais avoir été informé (e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 441-7 ¹ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1 ² et 313-3 ³ du Code pénal.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais que les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalités la gestion du contrat et du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées à ces fins à l'Assureur responsable du traitement, aux sous-traitants, aux prestataires et aux réassureurs.

Je reconnais disposer d'un droit de m'opposer sans frais à ce que ces données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses partenaires commerciaux.

Je peux exercer ce droit d'accès, de rectification et d'opposition à tout moment en adressant un courrier ainsi qu'une carte d'identité recto/verso en cours de validité à MFPrévoyance – Correspondant Informatique et Libertés - 62, rue Jeanne d'Arc 75640 Paris Cedex 13.

Fait à, le

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

¹ Article **441-7 du Code pénal** : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

² Article **313-1 du Code pénal** : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

³ Article **313-3 du Code pénal** : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie. »

ANNEXE 4- GARANTIES

Garanties du contrat G0398 conclu entre l'Établissement d'enseignement Supérieur Consulaire Grenoble École de Management et MFPrévoyance

au 1^{er} janvier 2019

Référence à rappeler dans toute correspondance

n°G0398

Les garanties souscrites sont les suivantes :

- CAPITAL DECES ET PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) TOUTES CAUSES,
- CAPITAL SUPPLEMENTAIRE DECES ET PTIA ACCIDENTELS
- CAPITAL DOUBLE EFFET
- ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES
- RENTE EDUCATION
- RENTE DE CONJOINT
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL
- INVALIDITE PERMANENTE
- INVALIDITE POUR CAUSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE
- ASSISTANCE
- SERVICES

Plafonnement du traitement de base – Base des garanties

Tranche A
Tranche B
Tranche C

DECES	CAPITAL DECES ET PTIA TOUTES CAUSES	Célibataire, veuf, divorcé ou séparé Judiciairement sans enfant à charge Marié, en concubinage ou ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité sans enfant à charge Tout Assuré avec un enfant à charge*	400% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 400% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 450% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C
--------------	--	---	--

		Majoration par enfant à charge supplémentaire	50% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C
	CAPITAL SUPPLEMENTAIRE DECES ET PTIA ACCIDENTELS	100 % du montant des capitaux attribués au titre du décès ou de la PTIA toutes causes**	
	ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES**	Assuré / conjoint / enfant de plus de 12 ans Enfant de moins de 12 ans	100% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale Indemnisation aux frais réels dans la limite de 100% du Plafond de la Sécurité Sociale
	CAPITAL DOUBLE EFFET	100 % du capital décès et PTIA toutes causes	
	RENTE EDUCATION	Par enfant de moins de 6 ans Par enfant de 6 ans à moins de 16 ans Par enfant de 16 ans à 18 ans et jusqu'à 25 ans si poursuite d'étude	6% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 9% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 15% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C
	RENTE DE CONJOINT	10 % (tant que le conjoint conserve son statut et dans la limite de 5 ans) La rente devient viagère en cas de présence d'un enfant handicapé***	
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE*	INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL – MALADIE	<p><u>Délai de carence</u> :</p> <p>Pour les Assurés bénéficiant du maintien de salaire à la charge de l'employeur : A l'expiration de la période d'indemnisation due à 100% par l'adhérent au titre de la CNN (de 30 jours pour une ancienneté de 1 à 3 ans à 90 jours pour une ancienneté de 28 ans et plus).</p> <p>Pour les Assurés ne bénéficiant pas du maintien de salaire à la charge de l'employeur : A compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail sous réserve que celui-ci soit supérieur à 20 jours consécutif.</p> <p>85% du salaire brut Tranche A, Tranche B, Tranche C (compte tenu des prestations de la Sécurité sociale)</p>	
	INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE	<p><u>Délai de carence</u> : Néant</p> <p>100% du salaire brut Tranche A, Tranche B, Tranche C (compte tenu des prestations de la Sécurité sociale)</p>	
INVALIDITE PERMANENTE*	VIE PRIVEE	1 ^{ère} catégorie 2 ^{ème} catégorie 3 ^{ème} catégorie	51% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 85% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C 85% du salaire brut soumis Tranche A,

			Tranche B, Tranche C
	ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	Taux d'incapacité N supérieur ou égal à 33% Taux d'incapacité N compris entre 33% et 66% Taux d'incapacité N supérieur ou égal à 66%	Néant 85% x 3N/2 85% du salaire brut soumis Tranche A, Tranche B, Tranche C

*Dans la limite du salaire net

** Pour les enfants de moins de 12 ans les frais d'obsèques sont indemnisés aux frais réel dans la limite de ce montant

*** Conformément aux dispositions contractuelles

GARANTIES D'ASSISTANCE

Prestations d'assistance accessibles dès l'adhésion		
Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Informations santé Aide médico psycho-sociale de 9h à 18h, 7j/7- 24h/24 • Informations générales sur la santé au quotidien (pathologies, analyses, médicaments...)	Adhérent/conjoint/concubin	A la demande Aucune indication d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisé
Informations administratives, sociales et juridiques par téléphone Aide et information dans les domaines de la vie pratique et juridique (société, impôts, famille, allocations...)	Adhérent/conjoint/concubin	A la demande
Assistance parcours de soins • Information sur les couvertures et pris en charges possibles • Aide aux démarches • Aide à la recherche de professionnels de santé, établissements, ambulances, fournisseurs • Aide et conseils dans l'analyse de devis (prothèses, lunettes...)	Adhérent/conjoint/concubin	A la demande
Ecoute psychologique	Adhérent/conjoint/concubin	3 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien
Assistance en cas de maladie à domicile • Recherche d'un médecin ou infirmier • Acheminement des médicaments	Adhérent/conjoint/concubin	Prestation d'acheminement des médicaments appliquée: - dans la limite de 2 interventions par an - si l'assuré est dans l'incapacité physique de se déplacer et s'il s'agit d'un traitement médical indispensable - dans un rayon de 50km

Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation de + de 3 jours de l'assuré ou son conjoint à la suite d'un accident ou d'une maladie

Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Plan d'aide à la convalescence	Adhérent/conjoint/concubin	Entretien téléphonique avec l'équipe médico psychosociale de Filassistance
Préparation au retour à domicile	Adhérent/conjoint/concubin	Prise en charge de 2h maximum pour l'intervention du prestataire Dans la limite de 2 évènements par année civile
Accompagnement dans les déplacements	Adhérent/conjoint/concubin	2 accompagnements dans un rayon de 50km A/R maximum autour du domicile Dans la limite d'une intervention par année civile
Aide à domicile OU	Adhérent/conjoint/concubin	20 heures sur 10 jours ouvrés suivant l'hospitalisation 2h minimum par intervention (OU prestation « Jardinage/Petit bricolage)
Jardinage/Petit-Bricolage	Adhérent/conjoint/concubin	12 heures sur 10 jours ouvrés suivant l'hospitalisation 2h minimum par intervention
Présence d'un proche (en cas d'hospitalisation seulement et à + de 50km du domicile)	Proches parents de l'Adhérent*	Prise en charge du titre de transport A/R
Transfert ou garde des enfants de moins de 12 ans	Adhérent/conjoint/concubin	1 titre de transport pour la venue d'un proche OU 1 titre de transport pour le transfert des enfants chez un proche OU 2 jours de garde dans les 8 jours suivant l'hospitalisation
Transfert ou garde de vos animaux domestiques	Adhérent/conjoint/concubin	Transfert ou garde de 2 animaux maximum (à jour des vaccinations) Le retour à domicile de l'animal est prévu à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25km A/R maximum 15 jours de garde maximum

*Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, de l'Adhérent, ses ascendants et descendants du 1er degré.

Prestations d'assistance accessibles en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire de l'Adhérent ou de son Conjoint

Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Aide à domicile	Adhérent/Conjoint	2h /jour pendant les 2 jours suivant le retour à domicile Maximum de 30h/an (à compter du 1er appel)
Aide à la toilette et à l'habillement	Adhérent/Conjoint	2h/jour pendant la semaine suivant le retour à domicile Dans la limite de 15h/an (à compter du 1er appel)
Aide à la recherche de fournisseurs de perruques	Adhérent/Conjoint	Recherche et communication des coordonnées de fournisseurs de perruques Le coût de ces produits sont à la charge de l'Adhérent/son Conjoint
Garde des enfants de – de 12 ans restés au domicile	Adhérent/Conjoint	1 titre de transport pour la venue d'un proche OU 1 titre de transport pour le transfert des enfants chez un proche OU 2 jours de garde pendant la semaine suivant le retour à domicile

Prestations d'assistance liées à la maternité ou à une grossesse pathologique

Fait générateur	Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
En cas de: Immobilisation + 15 jours de l'Adhérent/son Conjoint pour une grossesse pathologique OU Hospitalisation + 8 jours de l'Adhérent/son Conjoint pour l'accouchement OU Naissance d'un enfant prématuré OU Naissance multiple	Aide et conseils pour les primo-parents	Adhérent/Conjoint	A la demande
	Aide à domicile	Adhérent/Conjoint	8 heures pendant les 15 jours suivants le retour à domicile
	Garde des enfants âgés de moins de 12 ans	Enfants	8 heures de garde à domicile sur 5 jours consécutifs OU 1 titre de transport pour la venue d'un proche OU 1 titre de transport pour le transfert des enfants chez un proche
	Présence des parents au chevet du bébé en cas de naissance prématuré avec hospitalisation de l'enfant	Adhérent/conjoint	1 titre de transport A/R dans la limite de 2A/R par parent et par contrat

Prestations d'assistance accessibles en cas d'accident de l'adhérent

Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Informations sur les droits et les démarches autour de la dépendance et du handicap	Adhérent et ses proches	A la demande
Aide à la poursuite de l'activité professionnelle en cas d'incapacité temporaire de travail	Adhérent/conjoint/concubin	5 A/R domicile –travail dans un rayon de 25 km maximum Dans la limite de 500€ max /an par évènement et par contrat

Prestations d'assistance accessibles en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation + 2 jours d'un enfant âgé de moins de 12 ans de l'Adhérent

Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Garde de l'enfant malade ou accidenté	Enfant	30 heures de garde à domicile sur 5 jours consécutifs OU Prise en charge d'un titre de transport pour la venue d'un proche
Ecole à domicile ou à l'hôpital	Enfant	Dès le 16ème jour d'absence scolaire, prise en charge de 10 heures de cours par semaine dans la limite de 6 semaines par évènement (hors vacances scolaires et jours fériés) A condition qu'il y ait un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25km du domicile
OU Accompagnement de l'enfant à l'école	Enfant	1A/R par jour sur 5 semaines maximum
Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 12 ans en cas d'hospitalisation d'un des enfants de l'adhérent	Enfant	2 jours de garde à domicile (dans la limite de 10h par jour) OU 1 titre de transport pour la venue d'un proche OU 1 titre de transport pour le transfert des enfants chez un proche
Présence d'un parent au chevet de l'enfant de -12ans hospitalisé	Enfant	Pris en charge des frais d'accompagnement du parent dans la limite de 15€ /jour et pour 5 jours max Hospitalisation de l'enfant à + de 50 km du domicile

Prestations d'assistance accessibles en cas de décès de l'adhérent ou son conjoint/concubin

Garanties d'assistance	Bénéficiaires	Plafond de prise en charge
Transfert ou garde des enfants de moins de 12 ans	Adhérent/conjoint/concubin	1 titre de transport pour la venue d'un proche OU 1 titre de transport pour le transfert des enfants chez un proche OU 2 jours de garde dans les 8 jours suivant le décès
Mise à disposition de courriers types (courriers types pour banques, assurances, employeurs...)	Proche parents de l'Adhérent*	A la demande
Avance des frais d'inhumation	Proche parents de l'Adhérent*	3000 € A condition de remettre un chèque de caution (A rembourser dans un délai de 30 jours)
Ecoute psychologique	Proche parents de l'Adhérent*	3 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien

*Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, de l'Adhérent, ses ascendants et descendants du 1er degré.

SERVICES

Conciergerie « Lyfe »