



SwissLife

SwissLife Prévoyance Indépendants

Notice d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir adhéré à SwissLife Prévoyance Indépendants, plan de prévoyance complet et personnalisable destiné aux professions libérales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d'arrêt de travail.

Votre adhésion est composée des documents suivants :

- la notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements ;
- la demande d'adhésion qui indique la déclaration du risque et les besoins de l'adhérent ;
- le certificat d'adhésion qui personnalise votre assurance en l'adaptant à votre cas particulier, précise les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour compléter votre information durant la vie de votre contrat.

Avec Swiss Life, vous bénéficiez de la solidité et du sérieux d'un groupe d'origine suisse, présent en France depuis plus de 110 ans, véritable référence en assurance, épargne, retraite, santé et prévoyance.

À l'écoute et disponibles, nous avons à cœur de vous accompagner dans les grandes étapes de votre vie.

N'hésitez pas à rencontrer régulièrement votre interlocuteur commercial ; il vous guidera dans vos choix et vous aidera à préparer un avenir serein.

Nous nous engageons à répondre au mieux à toutes vos attentes, et souhaitons avoir le plaisir de vous compter durant de longues années au nombre de nos clients.

Cordialement.

Swiss Life
L'avenir commence ici.

Sommaire

<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelques définitions pour mieux nous comprendre</i>	4
<i>Chapitre 2</i>	<i>Présentation des contrats</i>	6
	2.1. Informations précontractuelles et contrats	6
	2.2. Objet des contrats	6
	2.3. Révision des contrats	6
<i>Chapitre 3</i>	<i>Fonctionnement de votre adhésion</i>	7
	3.1. Conditions d'adhésion aux contrats	7
	3.2. Conclusion de l'adhésion aux contrats, date d'effet et durée	7
	3.3. Droit de renonciation	7
	3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats	7
	3.5. Les cotisations	8
	3.6. La prescription	9
	3.7. La subrogation	9
	3.8. Les réclamations – Médiation	9
	3.9. Loi informatique et libertés	9
	3.10. L'autorité de contrôle	9
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les garanties</i>	10
	4.1. Le fonctionnement des garanties	10
	4.2. Les garanties en capital	10
	4.3. Les garanties revenus de remplacement versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières	12
	4.4. La garantie des dividendes	13
	4.5. La garantie remboursement des frais généraux	13
<i>Chapitre 5</i>	<i>Exclusions et limitations de garanties</i>	15
	5.1. Exclusions de garanties	15
	5.2. Limitations de garanties	15
<i>Chapitre 6</i>	<i>Le règlement des prestations</i>	16
	6.1. Règlement des prestations en cas de décès	16
	6.2. Règlement des prestations pour les autres garanties	16
	6.3. Contrôle et expertise	16
	6.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti	17
<i>Chapitre 7</i>	<i>Articles du Code des assurances et du Code civil</i>	17
<i>Annexe I</i>	<i>Convention d'assistance prévoyance</i>	20

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

1° les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;

2° les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;

3° les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;

4° les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6^e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1^o de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du Code de la défense ;

5° le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1^o à 4^o ci-dessus ;

6° les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;

7° les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Activité de direction

Activité de gestion d'entreprise sans activité manuelle.

Adhérent

La personne signant l'adhésion et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies à l'adhésion et figurant dans la notice d'information.

Arrêt de travail

Incapacité temporaire totale de travail

Impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnu médicalement.

Invalité permanente totale ou partielle

Réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré l'empêchant d'exercer définitivement, totalement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnu médicalement.

Assuré

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Assureur

- SwissLife Prévoyance et Santé qui assure les garanties maintien de ressources.
- SwissLife Assurance et Patrimoine qui assure les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La ou les personne(s) désignée(s) par l'assuré, mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle ou auxquelles l'assureur verse les indemnités prévues. À défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou du choix d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé :

- en priorité à son conjoint non séparé de corps ni divorcé, ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers.

Conjoint collaborateur

Il s'agit d'une personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son conjoint marié ou pacsé et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n° 2006 - 966 du 1^{er} août 2006 (les conjoints associés ou salariés n'ont pas ce statut).

Date de consolidation

C'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non respect de la part de l'assuré de certaines dispositions de l'adhésion.

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne sont jamais garantis pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Dividendes

C'est une part des bénéfices distribués par une entreprise à ses actionnaires. À ce titre, les dividendes constituent une rémunération du gérant non salarié, dirigeant au sens de l'article 62 du Code général des impôts, complémentaire aux revenus nets professionnels.

Échéance anniversaire

Date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

Enfants à charge

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal ;
- âgés de 18 à 26 ans poursuivant des études supérieures et fiscalement à charge de l'assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- enfants non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire suite à une décision de justice ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

Frais généraux

Ce sont les dépenses habituellement supportées par l'assuré (ou dans le cas d'associations professionnelles ou d'activités de groupe, la part de l'assuré dans de telles dépenses), pour l'exercice de sa profession et qui n'ont pas en comptabilité de contrepartie à l'actif. Elles doivent en outre être exposées dans l'intérêt de l'exploitation et se rattacher à une gestion normale.

Entrent dans les frais généraux professionnels permanents les dépenses suivantes : services extérieurs, impôts, taxes et versements assimilés, les charges de personnel (y compris les charges sociales), les autres charges de gestion courantes, les charges financières, les charges exceptionnelles. Ces dépenses doivent être admises légalement comme frais généraux et non exclues du contrat.

Sont considérés comme frais généraux :

- le loyer des locaux professionnels ;
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital) ;
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone ;
- les salaires, appointements des employés de l'assuré qui n'exercent pas la profession de l'assuré dans les conditions identiques, ainsi que les charges y afférant ;
- la patente, les impôts professionnels ;
- le coût du leasing (crédit bail) ;
- les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements ;
- les charges sociales de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

- les salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunération de l'assuré, ainsi que ceux versés à toute personne exerçant dans les mêmes conditions la profession de l'assuré ou à toute autre personne engagée pour le remplacer ;
- les achats de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations, produits pharmaceutiques ou vétérinaires ;
- le prix d'achat d'un élément de l'actif « immeuble, matériel, brevet » ;
- les autres amortissements et les provisions.

Franchise

Période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Pour les franchises maladie (7, 15 ou 30 jours) ou en cas d'accident (15 ou 30 jours) la franchise peut être réduite à 3 jours si l'assuré en a fait le choix à la souscription, en cas :

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

L'indemnité journalière est alors versée à partir du quatrième jour d'arrêt de travail et ce, pour la durée d'indemnisation prévue.

Cette possibilité de réduction de franchise ne s'applique pas pour les maladies mentales et les affections psychiatriques.

Grossesse pathologique

Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles. Les complications qui seront garanties sont : la menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation et/ou un traitement médical utérorelaxant (ouverture anormale du col objectivée par échographie), la grossesse extra utérine, la fausse couche spontanée, la môle hydatiforme, le choriocarcinome, la toxémie gravidique, l'hématome rétroplacentaire et le placenta praevia.

Hospitalisation

Séjour, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Intervention chirurgicale

Intervention pratiquée par un chirurgien, suite à une maladie ou un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire). Les actes de chirurgie faits dans un cabinet médical ne sont pas pris en compte.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladies les affections suivantes : lombagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), ptôses, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insulations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti. La grossesse pathologique est assimilée à la maladie.

Nous

Nous désigne l'assureur.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple de l'adhésion qui est censée alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Perte totale et irréversible d'autonomie

État d'infirmité tel, que l'assuré est définitivement obligé de vivre dans un établissement hospitalier, ou qu'il a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes de la vie courante.

Prestations

Ce sont les sommes que nous versons suite à un événement contractuellement garanti.

Rechute

Nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Revenus nets professionnels

Revenus basés sur les derniers revenus déclarés à l'administration fiscale au titre de l'activité professionnelle à assurer hors dividendes (moyenne des 3 dernières années).

Vous

Vous désigne l'assuré ou l'adhérent.

Chapitre 2

Présentation des contrats

2.1. Informations précontractuelles et contrats

La loi applicable aux présents contrats est la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec le souscripteur, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée des contrats, la langue française.

2.2. Objet des contrats

SwissLife Prévoyance Indépendants est un plan de prévoyance complet et personnalisable destiné aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d'arrêt de travail.

SwissLife Prévoyance Indépendants est composé de plusieurs contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l'Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS), association loi 1901, dont le siège est situé 7 rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret, auprès de SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurance et Patrimoine.

L'adhérent adhère librement à un ou plusieurs de ces contrats.

Les contrats entre l'AGIS et l'assureur prennent effet le 1^{er} janvier 2010, et se renouvellent par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation des contrats entre l'AGIS et l'assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ces contrats au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

Le contrat n° 3011 prévoyant le versement de revenus de remplacement sous forme de rentes ou d'indemnités journalières est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Les contrats n° 3012 prévoyant le versement de garanties sous forme de capital, n° 3010 pour la couverture des dividendes et n° 3013 garantissant le remboursement des frais généraux n'entrent pas dans ce cadre fiscal et font l'objet de contrats spécifiques.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent à l'ensemble des contrats n° 3010, n° 3011, n° 3012 et n° 3013.

2.3. Révision des contrats

L'AGIS et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

L'adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 3.5.4.

Chapitre 3

Fonctionnement de votre adhésion

3.1. Conditions d'adhésion aux contrats

3.1.1. Qui peut adhérer ?

Le contrat est réservé aux artisans, commerçants, exploitants agricoles ou professions libérales, y compris médicales et paramédicales, membres de l'AGIS, qui exercent une activité professionnelle sous le statut de travailleurs non salariés.

Ces personnes doivent être affiliées auprès de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève leur activité. Leur conjoint ayant le statut de conjoint collaborateur et étant affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires peut être assuré dans les conditions qui lui sont réservées.

Pour être admis à l'assurance, l'assuré doit être âgé de moins de 63 ans.

3.1.2. Formalités d'adhésion

L'adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies ;
- le ou les bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès ;
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer ;
- une déclaration d'état de santé.

Un questionnaire de santé peut se substituer à la déclaration d'état de santé selon l'âge de l'assuré et le montant des capitaux assurés.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires, alors réalisées aux frais de l'assureur, peuvent être demandés lors de l'étude du dossier.

L'acceptation des garanties par l'assureur prend en considération les réponses aux différents questionnaires mais aussi les activités professionnelles de l'assuré le cas échéant.

3.1.3. Déclaration du risque

Au moment de l'adhésion

Les déclarations de l'assuré sur son état de santé, ses antécédents médicaux de tous ordres, le fait qu'il soit fumeur ou non-fumeur, ses activités professionnelles, ses contrats antérieurs et ses autres contrats prévoyant des prestations similaires, ses déplacements à l'étranger, servent de base à l'adhésion et à la fixation de sa cotisation personnelle.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances.

En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, l'assuré doit informer l'assureur de tout changement de situation concernant :

- le fait qu'il se mette ou se remette à fumer, même occasionnellement alors que lors de son adhésion, il déclarait être non-fumeur ;
- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle ainsi qu'un départ en retraite ;
- un changement de statut pouvant entraîner une modification de son adhésion ;
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France ;
- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire.

Par ailleurs, l'assuré qui bénéficie de garanties maintien de revenus ou

remboursement des frais généraux doit également signaler à l'assureur toute minoration de ses revenus ou de ses frais généraux et modifier les garanties le cas échéant.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'adhérent en a eu connaissance.

3.2. Conclusion de l'adhésion aux contrats, date d'effet et durée

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et nous, l'assureur. L'acceptation de l'assureur est matérialisée par un certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail des cotisations.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'assureur qui sera indiquée sur le certificat d'adhésion transmis à l'adhérent.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle. Elle est reconduite tacitement d'année en année à chaque échéance anniversaire.

Elle prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance. L'adhésion prend fin également lors de la mise en œuvre des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

3.3. Droit de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à la date de conclusion de l'adhésion, et ce conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances. Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (*prénom et nom*), demeurant à (*adresse*) demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n° (*numéro de contrat*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.

Date et signature

Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, l'assureur lui remboursera l'intégralité des fonds reçus.

3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats

3.4.1. Par l'adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à l'assureur au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel ;
- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;

- en cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances) ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 3.5.2.

L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

3.4.2. Par l'assureur

Pendant les deux premières années de garantie à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis de 2 mois.

Après deux ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme des garanties indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ;
- en cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'adhérent (article L. 622-13 du Code de commerce).

3.4.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent ;
- pour chaque assuré, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2.1.

Toutefois en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, les garanties indemnités journalières, rente invalidité et remboursement des frais généraux cessent dans tous leurs effets à la date de la liquidation des droits à la retraite.

Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent à la date de la liquidation des droits à la retraite.

Dans les deux derniers cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

3.4.4. Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'adhérent doit être notifiée par lettre recommandée au siège social de l'assureur, elle prendra effet au jour de la réception par l'assureur.

La résiliation de l'adhésion par l'assureur doit être notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue sauf en cas de non paiement des cotisations, réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat, fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

3.4.5. Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de votre adhésion, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

3.5. Les cotisations

3.5.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'assuré à la prise d'effet de l'adhésion, selon les tranches d'âge suivantes : moins de 26 ans / 26 - 30 ans / 31 - 35 ans / 36 - 40 ans / 41 - 45 ans / 46 - 50 ans / 51 - 55 ans / 56 - 60 ans / 61 - 62 ans ;

- de l'activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de sa profession ;
- du fait que l'assuré soit fumeur ou non ;
- du montant des indemnités et des garanties souscrites ;
- des autres éléments déclarés.

3.5.2. Évolution des cotisations

En fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à l'âge de l'assuré, les cotisations sont réajustées automatiquement, âge par âge à chaque échéance principale selon le barème suivant :

Tranches d'âge	Nature des garanties	
	Capital décès, rente viagère de conjoint, rente éducation et capital maladie grave	Garanties maintien de revenus, couverture des dividendes et remboursement des frais généraux
18 - 30 ans	cotisation constante	3 %
31 - 40 ans	3 %	3 %
41 - 45 ans	5 %	3 %
46 - 60 ans	7 %	4 %
61 - 65 ans	10 %	5 %
66 - 70 ans	12 %	5 %

À partir de l'échéance principale suivant les 70 ans de l'assuré la garantie décès et PTIA toutes causes en capital se poursuit selon les conditions évoquées à l'article 4.2.1. et la cotisation afférente n'est plus soumise à l'ajustement en fonction de l'âge. Dans le cas où le capital doit être ajusté à 250 000 euros à l'échéance principale suivant les 70 ans de l'assuré, la cotisation est recalculée à cette date pour tenir compte de cette baisse de garantie.

Les cotisations des options capital infirmité consécutive à un accident et capital frais d'obsèques n'évoluent pas en fonction de l'âge.

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'adhérent.

En fonction des résultats techniques

L'assureur peut être amené à modifier son tarif, en cas d'aggravation du caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres.

Cette modification du tarif sera établie d'un commun accord entre l'AGIS et l'assureur. Toute modification du tarif devra être notifiée selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances et prendra effet à l'échéance anniversaire de l'adhésion. Dans cette hypothèse l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.

La résiliation prendra effet 1 mois après la demande.

En cas de modifications législatives et / ou réglementaires

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas, la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions ; toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

Par ailleurs le montant de la cotisation est indexé annuellement tel que le prévoit l'article 4.1.5.

3.5.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, l'assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels. Le paiement par fractionnement mensuel de la cotisation se fait uniquement par prélèvement automatique. Pour les autres fractionnements, l'adhérent peut régler par chèque ou par prélèvement automatique sur son compte bancaire.

3.5.4. Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu (article L. 113-3 du Code des assurances) suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Il a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Si les garanties décès sont souscrites seules, en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse au dernier domicile connu de l'adhérent une lettre recommandée l'informant qu'après l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la résiliation de l'adhésion.

3.5.5. Exonération du paiement des cotisations

À compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu, garanti et indemnisé, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations dues pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente, et ce pour toutes les garanties souscrites.

L'exonération prend fin dès la cessation de la garantie et de l'indemnisation de l'arrêt de travail ou au plus tard à la date de la liquidation de la retraite, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

3.6. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles 2240 à 2246 du Code civil.

Les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code civil peuvent être consultés au chapitre 7 de la présente notice d'information.

3.7. La subrogation

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de ce contrat.

3.8. Les réclamations – Médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou par courrier simple adressé à l'attention du Service Clients Prévoyance – CS 50003 – 59897 Lille Cedex.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations Prévoyance et Santé – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées.

Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de l'assurance. Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées sont : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

3.9. Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la direction « gouvernance et qualité de la donnée » – 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil – 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Nous conservons les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion et la passation des contrats passés avec Swiss Life, ainsi que pendant les durées légales applicables en fin de contrat.

Nous conservons les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats passés avec Swiss Life, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats. Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

3.10. L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

Chapitre 4

Les garanties

4.1. Le Fonctionnement des garanties

4.1.1. Le choix des garanties

La personne assurée peut bénéficier de tout ou partie des garanties ci-dessous. Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie :

- capital ;
- rente viagère de conjoint ;
- rente éducation.

L'assuré peut choisir en option :

- de l'une de ces garanties décès, le versement d'un capital infirmité par accident et/ou d'un capital frais d'obsèques ;
- de la garantie en capital, le versement d'un capital par anticipation en cas de maladie grave.

En cas d'arrêt de travail :

- indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- indemnités journalières pour garantir le remboursement des frais généraux en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- rente en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- indemnités forfaitaires pour garantir les dividendes ;
- des garanties d'assistance sont proposées en inclusion, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge sont précisées à l'annexe I « Convention d'assistance prévoyance ».

4.1.2. Étendue territoriale

Les garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux sont acquises dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France.

Elles ne concernent que les assurés résidant habituellement et de façon régulière en France.

Dans le cas d'un arrêt de travail, l'indemnisation est calculée de la manière suivante :

- dès le premier jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois ;
- dès le premier jour de retour en France pour les autres cas.

Dans tous les cas, l'indemnisation interviendra après application de la franchise prévue au certificat d'adhésion.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.

4.1.3. La date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

- **pour les garanties décès** : la date du décès ;
- **pour la garantie maladie grave** : la date du diagnostic de l'une des cinq maladies graves garanties ou la date de la réalisation de la greffe ;
- **pour les garanties arrêt de travail** : le premier jour de l'arrêt de travail ;
- **pour les garanties infirmité, invalidité ou perte totale et irréversible d'autonomie** : la date de consolidation de l'état d'infirmité, d'invalidité, de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré définie par le médecin expert désigné par l'assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

4.1.4. La date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre adhésion s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion ;
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion et pour les garanties maintien de revenus (indemnités journalières, rentes invalidité) et remboursement des frais généraux, après expiration d'un délai d'attente décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion de 3 mois pour les maladies, sauf 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques. Il n'y a pas de délai d'attente pour les maladies infectieuses suivantes : grippe, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Tout événement survenu pendant un délai d'attente ne sera jamais garanti.

Les délais d'attente peuvent être abrogés à la demande de l'assuré si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, un autre contrat de même nature et de même montant, si la résiliation de ce contrat est le fait de l'assuré. L'abrogation des délais d'attente s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions personnelles du contrat antérieur.

4.1.5. Indexation

Les montants des garanties ainsi que ceux des cotisations sont indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres).

4.1.6. Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à l'échéance anniversaire du contrat.

À la demande de l'adhérent, les garanties pourront toutefois être modifiées en cours d'année d'assurance, après accord de l'assureur.

Une demande d'augmentation des garanties par l'adhérent :

- sera acceptée dans les 3 premières années de l'adhésion, si elle n'excède pas 20 % des garanties, sous réserve de fournir une attestation d'état de santé inchangé depuis l'adhésion ;
- sinon sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion.

4.1.7. Cessation des garanties

Elles prennent fin, pour chacune d'entre elles, à la date indiquée au certificat d'adhésion.

4.2. Les garanties en capital : capital décès, capital infirmité, capital maladie grave, allocation frais d'obsèques (contrat n° 3012 non éligible Madelin)

4.2.1. Le capital décès

Décès

En cas de décès de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans, l'assureur garantit le versement du capital souscrit au bénéficiaire désigné sur le certificat d'adhésion.

À partir de la date d'échéance principale suivant les 70 ans de l'assuré le montant de la garantie :

- ne peut excéder 250 000 euros ;
- diminue de 15 % chaque année jusqu'à la date d'échéance principale suivant ses 75 ans, date à laquelle la garantie cesse.

Décès accidentel

Si l'assuré décède des suites d'un accident avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, et à condition que le décès survienne dans le délai de 6 mois à dater du jour de l'accident, il est versé un capital supplémentaire au bénéficiaire désigné dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, l'assureur lui verse directement le capital décès. Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident, le capital décès précisé au certificat d'adhésion sera versé selon les modalités prévues aux deux paragraphes précédents. Le versement du capital met fin à la garantie en cas de décès.

Double effet

Si le conjoint de l'assuré, le partenaire lié par un Pacs ou le concubin décède en même temps ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré, l'assureur verse au profit des enfants restés à charge un capital supplémentaire égal au capital décès de base. En outre, le décès de l'assuré doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans.

Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

4.2.2. Les garanties optionnelles

Capital maladie grave

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie capital décès.

Un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion est versé à l'assuré dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

La date des premiers symptômes de la maladie ou, pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 3 mois après la date d'effet de l'adhésion pour ouvrir droit au versement du capital.

Ce montant sera déduit du capital garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

Définition des maladies graves

a) Infarctus du myocarde

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électro-cardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

b) Coronaropathie

Sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien.

c) Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.

d) Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin.

Sont exclus les cancers in situ, les tumeurs consécutives à l'infection par l'un des virus humains d'immunodéficience acquise ainsi que les cancers de la peau (hormis les mélanomes malins).

e) Insuffisance rénale

Il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

f) Greffe d'organe

Sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Capital infirmité consécutive à un accident

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de l'une des garanties Décès (Capital, Rente viagère de conjoint, Rente éducation).

La garantie prévoit le versement d'un capital dont le montant est précisé au certificat d'adhésion en cas d'accident entraînant pour l'assuré, une infirmité permanente de taux supérieur à 15 % et médicalement constatée. Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

Détermination du taux d'infirmité

L'infirmité et son taux sont déterminés par le médecin-conseil de l'assureur, en référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Le cas échéant, l'infirmité et son taux sont déterminés par le recours à une expertise médicale.

Le montant du capital

Le montant du capital assuré pour une infirmité de taux égal à 100 % est indiqué au certificat d'adhésion. Lorsque le taux est compris entre 16 % et 99 %, le capital assuré est proportionnel au taux d'infirmité reconnu.

Allocation frais d'obsèques

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de l'une des garanties Décès (Capital, Rente viagère de conjoint, Rente éducation).

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge, la garantie prévoit le versement d'une allocation destinée à couvrir les frais d'obsèques, dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

4.2.3. Clauses bénéficiaires

Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, l'adhérent peut désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion au décès de l'assuré. La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommé désigné, il est conseillé à l'adhérent de porter au contrat les coordonnées qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré. L'adhérent peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes : soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire ; soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement de l'adhérent et du bénéficiaire ; mais dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire : si un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

4.3. Les garanties revenus de remplacement versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières : rente de conjoint, rente éducation, maintien de revenus (contrat n° 3011 éligible Madelin)

4.3.1. La rente viagère de conjoint

Décès

En cas de décès de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi est versé à mois échu au profit du conjoint, du partenaire lié par un Pacs ou du concubin désigné.

Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'assureur verse le montant de la rente souscrite à l'assuré, puis au conjoint, au partenaire lié par un Pacs ou au concubin survivant désigné au moment du décès de l'assuré.

4.3.2. La rente éducation

Décès

En cas de décès de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, la rente choisie est versée à mois échu à chacun des enfants désignés.

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire.

Cette rente est versée :

- au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 18^e anniversaire de l'enfant bénéficiaire ;
- au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 26^e anniversaire de l'enfant en cas de poursuite d'études supérieures.

Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'assureur lui verse le montant de la ou des rentes souscrites. Au décès de l'assuré, la rente continue à être versée au(x) enfant(s) désigné(s) dans les conditions initialement prévues.

4.3.3. Les garanties maintien de revenus

4.3.3.1 Montant des garanties

Le montant des garanties est indiqué au certificat d'adhésion. L'adhérent s'engage à ce que ce montant corresponde à celui de ses revenus professionnels perçus au titre de son activité, déduction faite des indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont il bénéficie.

Durant les deux premières années suivant la prise d'effet des garanties, nous nous réservons le droit de demander à tout moment les justificatifs de revenus utilisés à l'adhésion pour déterminer le niveau des garanties en cas d'arrêt de travail.

Les prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale), jusqu'à un montant d'indemnisation mensuel de 6 000 euros, seront versées forfaitairement.

Au-delà de ce seuil, nous pourrions être amenés à vérifier la conformité du montant de la garantie par rapport aux revenus déclarés de l'adhérent et ajuster les montants versés en cas de différence supérieure à 20 % entre les revenus et le montant cumulé de la garantie et des indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont il bénéficierait.

4.3.3.2 Les indemnités journalières

Objet de la garantie

Si l'assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l'assureur garantit le versement de l'indemnité mensuelle indiquée au certificat d'adhésion.

Si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée telle que définie à l'article L. 322-3-3 du Code de la Sécurité sociale (à l'exception des maladies mentales et affections psychiatriques) ayant fait l'objet d'une indemnisation, et qu'il reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, l'assureur peut être amené à poursuivre son indemnisation. Dans ce cas, l'indemnité est réduite de moitié et sera versée pour une durée maximale de 3 mois, à raison d'une seule fois pour un même événement.

Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées à mois échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que l'assuré a choisie.

La durée maximale de versement des prestations pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est fixée au certificat d'adhésion.

Toute incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation d'au moins 5 jours continus dans un établissement ou un service hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise Maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

En dehors de ces conditions, les maladies mentales ou affections psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 4.3.3.2. ;
- à la date de consolidation de l'invalidité ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'assuré, et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

Rechute

Lorsque l'assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

Par contre, la franchise sera à nouveau appliquée si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois.

4.3.3.3. La rente d'invalidité

Objet de la garantie

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie indemnités journalières. Le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières.

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré, l'assureur verse la rente selon les règles définies au paragraphe « Montant de la rente » de l'article 4.3.3.2. sur la base du montant indiqué sur le certificat d'adhésion.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle.

Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation définie par le médecin-conseil de l'assureur.

Durée d'indemnisation

La rente est versée par trimestre civil échu.

Le service de la rente éventuellement en cours cesse à la date de liquidation des droits à la retraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge 67 ans.

Les incapacités suite à une maladie mentale ou une affection psychiatrique peuvent donner lieu au versement d'une rente si elles sont consécutives à un arrêt de travail indemnisé ayant donné lieu à une hospitalisation d'au moins 30 jours continus dans un établissement ou un service hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

En dehors de ces conditions, les maladies mentales ou affections psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement de la rente débutera à la date de consolidation de l'invalidité et selon le taux défini contractuellement.

Détermination du taux d'invalidité (t)

Par barème croisé applicable aux professions libérales y compris médicales et paramédicales, aux commerçants, aux artisans et exploitants agricoles.

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par l'expert médical indépendant. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique et / ou mentale) et une incapacité professionnelle :

- l'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré ; elle est établie selon le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale ;
- l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession qui tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercices restantes après consolidation.

Ces deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par le médecin-conseil de l'assureur qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau suivant :

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29	33	37	40	43	46	
20			32	37	42	46	50	55	59	
30		30	36	42	48	53	58	62	67	
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74	
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93	
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Par barème professionnel applicable aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens et sages-femmes), paramédicales et vétérinaires.

L'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession en prenant en considération ses aptitudes et sa qualification professionnelle. La nature et le taux d'invalidité sont fixés par un expert médical indépendant.

Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité (t).

Rente totale

Le montant de la rente d'invalidité choisi est versé à l'assuré qui se trouve, par suite d'accident ou de maladie, atteint d'une invalidité dont le taux (t) est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale).

Rente partielle

Le montant de la rente partielle est égal à $3t / 2$ fois le montant de la rente choisi.

Elle est versée lorsque le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %.

Dans le cadre du barème professionnel applicable aux professions médicales, paramédicales et vétérinaires, le versement de la rente partielle est possible sur option dès que le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16 %. Ainsi, si cette option est choisie, la rente partielle pourra être servie si le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 16 %.

Dans ce cas, la rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 16 %.

4.4. La garantie des dividendes (contrat n° 3010 non éligible Madelin)

4.4.1. Objet de la garantie

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie maintien de revenus en rente d'invalidité du contrat n° 3011.

Les garanties maintien de revenus définis à l'article 4.3.3. peuvent être étendues à la couverture des dividendes dans la limite de 30 % des revenus nets professionnels de l'assuré. L'assureur verse le montant du forfait indiqué au certificat d'adhésion dans les mêmes conditions d'application que la garantie maintien de revenus exception faite du dernier alinéa du paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 4.3.3.1.

4.4.2. Qui peut adhérer à la garantie ?

La couverture des dividendes est réservée aux adhérents SwissLife Prévoyance Indépendants dirigeants ou associés au sens de l'article 62 du Code général des impôts. Entrent dans cette catégorie :

- les gérants majoritaires de SARL (à l'exception des SARL de famille ayant opté pour le régime fiscal des sociétés de personnes) ;
- les gérants (commandités) des sociétés en commandite par actions ;
- les gérants associés de sociétés de personnes ou assimilées (SNC) ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les associés uniques des EURL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires des EARL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires de SELARL.

4.5. La garantie remboursement des frais généraux (contrat n° 3013 non éligible Madelin)

4.5.1. Objet de la garantie

Si l'assuré est en situation d'incapacité temporaire totale de travail pour des raisons de santé, l'assureur garantit le versement de l'indemnité choisie et indiquée au certificat d'adhésion visant le remboursement de tout ou partie des frais généraux payés par l'entreprise dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemniée.

Les frais payés pour des périodes autres que mensuelles seront convertis prorata temporis, en dépenses mensuelles.

4.5.2. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que l'assuré a choisie.

La durée maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer est fixée au certificat d'adhésion.

Toute incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation d'au moins 5 jours continus dans un établissement ou un service hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

En dehors de ces conditions, les maladies mentales ou affections psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;
- à la date de consolidation en invalidité ;
- à la date de liquidation de ses droits à retraite et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

4.5.3. Rechute

Lorsque l'assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et cela dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

Par contre, la franchise sera à nouveau appliquée si la rechute survenait après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois.

Chapitre 5

Les exclusions et limitations de garanties

5.1. Exclusions de garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties les événements suivants et leurs conséquences :

- le suicide : le suicide, de quelque nature qu'il soit, est exclu s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- tout acte intentionnel ou dolosif de l'assuré, ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, et ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- le risque de guerre : en cas de guerre civile, étrangère, de participation active ou de complicité à tout acte de terrorisme ou attentat, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu. En cas de guerre étrangère, les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.

5.1.1. Exclusions spécifiques à la perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes des garanties décès en capital (contrat n° 3012) et des garanties décès en rente (contrat n° 3011), ainsi qu'au capital décès accidentel (contrat n° 3012)

En plus des exclusions indiquées au 1^{er} alinéa de l'article 5.1., ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- une tentative de suicide de l'assuré ;
- un acte volontaire de l'assuré ;
- un acte criminel de l'assuré ;
- les mouvements populaires ;
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites ;
- la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- la tentative de record, exhibition ou pari ;
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception, sauf cas particuliers précisés à l'article 5.2. ;
- la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur ;
- la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur, sauf cas particuliers précisés à l'article 5.2.

5.1.2. Exclusions spécifiques aux garanties maintien de revenus (contrat n° 3011), dividendes (contrat n° 3010), remboursement des frais généraux (contrat n° 3013), ainsi que le capital infirmité consécutive à un accident (contrat n° 3012)

En plus des exclusions indiquées à l'article 5.1.1, ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- les cataclysmes ;
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois, et ce y compris les périodes de formation, périodes d'initiation et de perfectionnement ;

- toute activité liée à la sécurité et pratiquée à titre non professionnel ;
- les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes non déclarées à la prise d'effet de l'adhésion ayant nécessité une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé ;
- les affections liées à l'éthylisme ;
- tout sinistre survenu dans le cadre d'activités accomplies au titre du dispositif de réserve de sécurité nationale telle que prévue par la réglementation française. Sont visées les personnes réservistes de la réserve opérationnelle militaire, de la réserve civile de la police nationale, de la réserve sanitaire, de la réserve civile pénitentiaire et des réserves de sécurité civile.

5.2. Limitations de garanties

Maternité

Seuls les grossesses et accouchements pathologiques sont couverts par les présentes garanties.

Les congés légaux de maternité et paternité ne sont pas garantis.

Maladies mentales et affections psychiatriques

Ces affections sont exclues sauf dans les conditions mentionnées au chapitre 4 – Articles 4.3.3.2, 4.3.3.3 et 4.5.2.

Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclues des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

Invalidité non indemnisée

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières n'est pas garanti.

Indemnisation de la pratique de certains sports en cas de décès ou d'arrêt de travail

La pratique de sports, activités ou loisirs suivants est garantie dans les limites de 1 000 000 d'euros de prestations par événement, sauf stipulations contraires et expresses mentionnées sur le certificat d'adhésion :

- sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë kayak, pêche et plongée sous-marines ;
- sports de montagne pratiqués sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, y compris la spéléologie, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques et en dehors des pistes balisées, ainsi que le ski de vitesse, skeleton et bobsleigh ;
- sports de combat ;
- sports aériens : parachutisme, parapente, aérostation, deltaplane, kite-surf, base-jump, vol à voile ;
- sports combinés tels que le biathlon, le triathlon et le pentathlon, cyclo-cross, trail – raid nature ;
- tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur ;

à l'exception des baptêmes encadrés par un ou plusieurs professionnel(s) ayant les compétences et diplômes requis par l'État qui eux ne sont pas concernés par la limitation.

Chapitre 6

Le règlement des prestations

6.1. Règlement des prestations en cas de décès

Les pièces suivantes doivent être adressées :

En cas de décès de l'assuré

- Le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat du médecin ayant constaté le décès ;
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un certificat post mortem et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;
- une copie du dernier avis d'imposition du concubin.

En cas de décès ultérieur du conjoint

Les pièces à fournir sont les mêmes que lors du décès de l'assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés – tuteurs des enfants mineurs.

6.1.1 Modalités de paiement du capital et revalorisation

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 6.1. est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par l'assureur du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion peut être payé.

Ce capital est revalorisé suivant les dispositions mentionnées à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat mentionnées à l'article 6.1. ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article R. 132-27-2 du Code des assurances.

6.2. Règlement des prestations pour les autres garanties

6.2.1. Modalités d'obtention des prestations

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- L'assuré doit faire parvenir à l'assureur un rapport médical détaillé indiquant la nature et le caractère définitif de son invalidité.
- L'assureur peut demander à tout moment, à ses frais et à son médecin conseil, de mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations.

En cas de maladie grave

- Un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

En cas d'infirmité consécutive à un accident

- La déclaration de l'accident indiquant les circonstances ainsi que tout document justificatif, accompagnée d'un certificat médical établi par un médecin décrivant les lésions ou blessures, ainsi que leurs conséquences.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'assureur par une déclaration manuscrite de l'assuré, accompagnée de l'avis d'arrêt de travail

initial établi par son médecin traitant, avant le terme de la franchise prévue au contrat. Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

À réception de cette déclaration, l'assureur demande à l'assuré de lui faire parvenir :

- la déclaration d'arrêt d'activité, pour laquelle l'assuré doit compléter de manière exhaustive les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident, et préciser tout élément qu'il jugera utile à une gestion optimale de son dossier ;
- l'attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail) ;
- en cas d'hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier ;
- en cas d'hospitalisation avec acte chirurgical, il faudra également fournir le compte rendu opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus ;
- en cas de maladie mentale ou d'une affection psychiatrique, nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

En cas de mise en œuvre de la garantie remboursement des frais généraux, l'assureur peut demander des documents justificatifs supplémentaires tels qu'un état des dépenses prises en charge par la garantie listées au chapitre 1.

En cas de rechute dans les 3 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit être adressé.

En cas de mise en œuvre de la garantie remboursement des frais généraux.

En cas d'incapacité permanente partielle ou totale de travail

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur :

- la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire ;
- le certificat médical ou toutes pièces médicales permettant d'établir le caractère permanent de l'arrêt de travail ;
- en cas de maladie mentale ou d'une affection psychiatrique, nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

Par ailleurs, pour chacun des événements garantis, l'assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la nature et les conséquences de l'événement garanti.

6.2.2. Montant des prestations et revalorisation

Le montant des prestations dues sera calculé sur la base de l'indice Agirc de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

Ce montant sera indexé à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet.

6.3. Contrôle et expertise

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail, de son invalidité, de son infirmité ou de la maladie dont il est atteint. Il doit fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'assureur ou par le médecin-conseil et se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil qui

peut, à l'analyse du dossier, définir le droit garanti ou limiter l'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente.

Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis.

Ainsi, l'assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'assureur, tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures, sauf opposition justifiée.

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin délégué, l'assuré doit fournir des pièces médicales contradictoires et, en second lieu, peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers désigné d'un commun accord entre les deux parties.

À défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

L'assuré et l'assureur supportent par moitié les frais relatifs à sa nomina-

tion ainsi que ses honoraires. Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, l'assureur peut refuser l'indemnisation.

6.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué par l'assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qui aurait été défini chez une personne soumise à un traitement médical adéquate.

Chapitre 7

Articles du Code des assurances et du Code civil

Article L. 113-3 – Paiement de la prime

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'État.

À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

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

Les dispositions des alinéas 2 à 4 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-4 – Aggravation, diminution du risque

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'assuré ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition

d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

Toutefois, l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

L'assuré a droit en cas de diminution du risque en cours de contrat à une diminution du montant de la prime. Si l'assureur n'y consent pas, l'assuré peut dénoncer le contrat. La résiliation prend alors effet trente jours après la dénonciation. L'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

L'assureur doit rappeler les dispositions du présent article à l'assuré, lorsque celui-ci l'informe soit d'une aggravation, soit d'une diminution de risques.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie, ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

Article L. 113-8 – Déclaration du risque, sanctions, nullité

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

Article L. 113-9 – Déclaration du risque, sanction, réduction proportionnelle

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adres-

sée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L. 113-16 – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Elles sont applicables à compter du 9 juillet 1973 aux contrats souscrits antérieurement au 15 juillet 1972.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

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

Article L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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

Article 2240 à 2246 du Code civil – Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article L. 121-12 – Subrogation de l'assureur

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article L. 132-5-1 – Faculté de renonciation

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel.

Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2 mois.

Article L. 132-9 – Bénéficiaire : acceptation et révocation

I. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 132-4-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectuée dans les conditions prévues au II du présent article. Pendant la durée du contrat, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat et l'entreprise d'assurance ne peut lui consentir d'avance sans l'accord du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte

à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

II. Tant que l'assuré et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès de l'assuré ou du stipulant, l'acceptation est libre.

Article L. 132-26 – Erreur sur l'âge de l'assuré

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

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

Article L. 141-4 – Information de l'adhérent

Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

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

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.

Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.

Annexe I

Convention d'assistance prévoyance

Comment contacter Garantie Assistance ?

Téléphone	De France	09 77 40 71 34	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : SWISS2115
	De l'étranger	+33 9 77 40 71 34	
Télécopie	De France	09 77 40 17 88	
	De l'étranger	+33 9 77 40 17 88	

Important : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, Garantie Assistance doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.

1. Dispositions générales

SwissLife Prévoyance et Santé a souscrit au profit de ses assurés un contrat collectif d'assistance n° SWISS2115 auprès de Garantie Assistance.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux assurés d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit dans le cadre d'un plan de prévoyance auprès de SwissLife Prévoyance et Santé.

Ces prestations sont assurées et gérées par Garantie Assistance, Société anonyme au capital de 1 850 000 € – 312 517 493 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline, 92210 Saint-Cloud.

1.1. Bénéficiaires

Sauf précision contraire, ont la qualité de bénéficiaires :

- tout adhérent du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative ;
- son conjoint*, son concubin, ou son partenaire lié par un Pacs ;
- ses enfants* à charge.

1.2. Validité territoriale

Les garanties sont valables au domicile* en France*.

Les garanties 2.3.3, 2.3.4, 2.3.5, 2.3.6 sont acquises en France* et à l'étranger* (séjour de moins de 90 jours).

1.3. Prise d'effet et durée

Pendant toute la durée de validité du contrat collectif d'assistance n° SWISS2115 liant SwissLife Prévoyance et Santé à G.A.* et au plus tôt le 1^{er} octobre 2015 les bénéficiaires du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative prévoyance souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé sont couverts par les présentes conditions générales en cas de survenance d'un événement* garanti au cours de leur période d'adhésion.

Les garanties prennent fin :

- à la fin de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe ;
- à la fin du contrat d'assurance de groupe souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé ;
- à la fin du contrat collectif n° SWISS2115.

SwissLife Prévoyance et Santé informera les bénéficiaires du changement de la société d'assistance chargée de garantir et de fournir les prestations d'assistance équivalentes.

1.4. Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accident la blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Aidant

En fonction des garanties, l'aidant est l'adhérent lui-même ou ses proches (parents, beaux-parents, conjoint) devenus dépendants. L'aidant apporte une aide quotidienne à son aidé pour les actes de la vie courante. Il doit avoir le même domicile* fiscal ou visiter quotidiennement à domicile* son proche aidé.

Décès

Décès directement consécutif à un accident ou une maladie grave.

Dépendance

État de la personne qui relève au moins de la catégorie GIR 4 (grille nationale Aggir) qui regroupe d'une part, des personnes qui ne sont pas en mesure de se lever, se coucher, s'asseoir seules mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillement et d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Domicile

Le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Enfant

Sont considérés comme tels les enfants de l'adhérent :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal ;
- âgés de 18 à 26 ans poursuivant des études supérieures et fiscalement à charge de l'adhérent, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du Smic ;
- non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'adhérent verse une pension alimentaire en application d'une décision de justice ;
- nés viables moins de 300 jours après le décès de l'adhérent.

Étranger

L'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors de France telle que définie ci-dessous.

Événement

Accidents* domestiques et médicaux, accidents* dus à des attentats ou à des infractions, accidents* dus aux catastrophes naturelles ou technologiques, maladies graves ainsi que le décès directement consécutif à un accident ou une maladie grave.

Frais de séjour

Frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

France

France métropolitaine, Corse, principautés de Monaco et d'Andorre.

G.A.

La société Garantie Assistance.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 10 jours, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident* ou d'une maladie grave. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

Immobilisation

Toute immobilisation temporaire au domicile* supérieure à 15 jours, médicalement prescrite et consécutive à un accident*.

Invalidité permanente totale (IPT)

Est reconnu en IPT tout adhérent qui, après consolidation de son état, atteint un taux d'invalidité supérieur à 66 % pendant la période de validité de la garantie, et est dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité, même à temps partiel, et même si cette activité est limitée à la surveillance ou à la direction.

Maladie grave

Sont considérés comme maladies graves :

- infarctus du myocarde : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques ;
- coronaropathie : sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien ;
- accident vasculaire cérébral sans guérison complète : l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours ;
- cancer : toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin ;
- insuffisance rénale : il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'adhérent la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse ;
- greffe d'organe : sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe. Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et para-clinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Est considéré en PTIA, tout adhérent qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Proches parents

Ascendants et descendants du premier degré, conjoint et adhérent sont des proches l'un pour l'autre.

Traumatisme

État psychologique du bénéficiaire consécutif à un accident* qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état.

NB : Les termes définis ci-dessus sont signalés par un astérisque (*) dans les conditions générales.

1.5. Engagement financier – Mise en œuvre des garanties

1.5.1. Nécessité de l'appel préalable

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A.* doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

Garantie Assistance
N° Téléphone : 09 77 40 71 34
de l'étranger : +33 9 77 40 71 34
N° Télécopie : 09 77 40 17 88

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.*.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter G.A.* sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant) ;
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion ;
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté ;
 - la nature des difficultés motivant l'appel ;
 - les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A.* puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.5.2. Engagements financiers

Outre le respect des règles exposées au 1.5.1, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A.* devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour* à l'hôtel, G.A.* ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.5.3. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, G.A.* peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.5.3.1. Conditions préalables au versement de l'avance par G.A.*

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A.* adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A.* L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.*

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A.* un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.5.3.2. délai de remboursement de l'avance à G.A.*

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A.* la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

1.5.3.3. Sanctions

À défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A.* pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.5.4. Titres de transport

En cas de transport organisé par G.A.* en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

À défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à reverser les sommes correspondantes à G.A.* , et ce dans les 90 jours qui suivent son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile* seront pris en charge par G.A.*.

1.6. Réclamations

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.5.1, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : Garantie Assistance – Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud ou à reclamations@garantieassistance.fr. Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supérieur à 10 jours, G.A.* envoie dans ce délai un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.7. Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution des présentes conditions générales seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile* du bénéficiaire ou le siège social de G.A.

1.8. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement* qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.9. Subrogation

G.A.* est subrogée, dans les termes de l'article L. 121-12 du Code des assurances jusqu'à concurrence des sommes payées par elle, dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable de son état d'invalidité permanente totale (IPT)* ou de sa perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)*. **Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de G.A.*, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.**

G.A.* peut renoncer, moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, à l'exercice d'un recours. Toutefois, si le responsable est assuré, G.A.* peut malgré sa renonciation exercer son recours dans la limite de cette assurance.

1.10. Contrôle

G.A.* est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

1.11. Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes conditions générales puis lors du traitement d'une demande d'indemnisation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, le bénéficiaire est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux partenaires liés contractuellement à Garantie Assistance intervenant pour l'exécution des prestations d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés », modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relative aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à Garantie Assistance, 108 Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.12. Exclusions

G.A.* ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France*.

Sont exclus des garanties d'assistance, dans tous les cas, les sinistres ayant pour origine :

- tout événement* survenu en dehors de la période de validité ou hors du champ territorial des présentes garanties ;
- l'engagement par le bénéficiaire de prestations sans accord préalable de G.A.* ;
- l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement ;
- un acte intentionnel du bénéficiaire de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties ;
- une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire de l'assistance ;
- une tentative de suicide pendant la première année qui suit l'adhésion ;
- la participation à des rixes ou émeutes, crimes et délits ;
- la guerre civile, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves : l'assisteuse devra prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, de la participation à un acte terroriste ou de sabotage, à une émeute ou à un mouvement populaire ;
- la guerre étrangère : il appartient à l'adhérent ou aux bénéficiaires de l'assistance de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ;
- le maniement d'engins de guerre ou, d'une manière générale, toute arme de détention interdite, dont le bénéficiaire de l'assistance serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement ;
- les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
- toute source de rayonnement ionisant, lorsque le bénéficiaire de l'assistance y est exposé de manière prévisible, fut-ce par intermittence ;
- les activités aériennes : dans le cadre de compétitions, acrobaties, vols, raids, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur deltaplane, tentatives de record et sauts en parachutes ;
- la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et / ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être le bénéficiaire de l'assistance lui-même ;
- la pratique de courses de vitesse, de compétitions ou essais avec un véhicule ou une embarcation à moteur ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- les accidents*, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et non déclarés à l'adhésion ainsi que ceux qui sont formellement exclus sur le certificat d'adhésion ;
- les affections psychiatriques (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-partum, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation), sauf si elles ont occasionné une hospitalisation* de plus de 15 jours ;
- les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique ;
- les traitements esthétiques et les opérations de chirurgie esthétique ;
- l'IPT constatée en dehors du territoire national français ;
- les séjours et hospitalisations* dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident* ou une maladie couverts par le contrat) ;
- les hospitalisations* pour traitements esthétiques, cures d'amaigrissement, de rajeunissement et cures de toutes natures ;

- la pratique de sports automobiles, sports aériens, sports de combat, sports de neige (sauf pratique sur piste du ski alpin, ski de fond, monoski et surf) ;
- la pratique de l'escalade, de la randonnée en montagne au-delà de 3 000 mètres, de la spéléologie, du canyoning ;
- la pratique de l'équitation avec sauts d'obstacle, de la voile à plus de 20 miles des côtes, de la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur.

1.13. Exonération de responsabilité

G.A.* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties.

Toutefois :

- la responsabilité G.A.* est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et / ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et / ou au transport des personnes sur un territoire ou entre deux états donnés ;
- la responsabilité G.A.* ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) aux insuffisances de disponibilités locales ;
- G.A.* ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure ;
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves ;
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique ;
 - soit, des interdictions officielles ;
 - soit, des actes de piraterie ou d'attentats ;
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage ;
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. Garanties accordées

2.1. Assistance accessible dès l'adhésion

2.1.1. Assistance information vie pratique et juridique

G.A.* recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après. Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.

G.A.* s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Dans ce dernier cas, G.A.* se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

G.A.* fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

A/ Renseignements juridiques

Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, décès, transmissions et succession, affaires sociales.

B/ Renseignements vie pratique

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Les prestations ci-dessus sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de G.A.* ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La responsabilité de G.A.* ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- de difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

2.2. En cas d'hospitalisation* de plus de 10 jours ou en cas d'immobilisation* au domicile* de plus de 15 jours de l'adhérent ou son conjoint

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire pendant et / ou à la suite immédiate de l'hospitalisation* de plus de 10 jours ou en cas d'immobilisation* au domicile* de plus de 15 jours. L'hospitalisation* ou l'immobilisation* est directement consécutive à un accident* ou une maladie grave*.

Les prestations sont garanties par G.A. dans la limite globale par événement, toutes prestations confondues, de 1 500 euros TTC répartis sur toute la durée du traitement (quels que soient le nombre de protocoles et de séances mis en œuvre dans le cadre du traitement).

2.2.1. Présence d'un proche

Si le bénéficiaire est seul (absence de proche dans un rayon de 50 kilomètres) lors de son hospitalisation* supérieure à 10 jours, G.A.* organise et prend en charge par événement* :

- le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire ;
- les frais de séjour* à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit.

2.2.2. Garde d'enfant* de moins de 16 ans en cas d'hospitalisation* du bénéficiaire (ou de son conjoint)

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement* motivant la demande de garanties (certificat médical descriptif adressé au médecin-conseil de G.A.*, bulletin d'hospitalisation*, etc.).

Si, durant l'hospitalisation* ou l'immobilisation* du bénéficiaire (ou de son conjoint), ses enfants* de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés temporairement à son entourage, G.A.* organise et prend en charge par événement* :

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital. Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants* à son domicile* ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France* ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de 10 aller-retour maximum sur une semaine et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile* pour un montant maximum de 500 euros TTC pour l'ensemble des enfants* concernés.

2.2.3. Garde des ascendants à charge vivant au foyer du bénéficiaire

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement* motivant la demande de garanties (certificat médical descriptif adressé au médecin-conseil de G.A.*, bulletin d'hospitalisation*, etc.).

Si, **durant l'hospitalisation* ou l'immobilisation*** du bénéficiaire (ou de son conjoint), ses ascendants à charge, vivant au foyer, ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés temporairement à son entourage, G.A.* organise et prend en charge par événement* :

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire **dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital** ;
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France*.

2.2.4. Transfert à l'hôpital et retour au domicile*

Si, à la suite d'un accident*, l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation* immédiate, G.A.* missionne, à la demande du médecin traitant sur place, une ambulance (ou un véhicule sanitaire léger) pour procéder au transport de ce bénéficiaire vers l'établissement de santé le plus proche du domicile*.

À l'issue de l'hospitalisation* et sur prescription du médecin traitant, G.A.* missionne une ambulance (ou véhicule sanitaire léger) pour permettre au bénéficiaire de retourner à son domicile*.

Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire vers l'établissement de santé et / ou vers le domicile* sont pris en charge par G.A.* en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé). **G.A.* ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence qu'il convient d'appeler en tout premier lieu, si nécessaire, et ne saurait prendre en charge les frais s'y rapportant.**

2.2.5. Accompagnement à l'hôpital

Si, à la suite d'un accident*, l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation*, G.A.* prend en charge les frais de transport du conjoint pour se rendre au chevet du malade **dans la limite de 2 aller-retour dans un rayon de 25 kilomètres du domicile* et pour un montant maximum de 300 euros TTC.**

2.2.6. Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'hospitalisation* ou lors du retour à domicile* de l'adhérent ou de son conjoint.

Réalisation d'un entretien téléphonique par l'équipe pluridisciplinaire de G.A.* avec l'adhérent ou sa famille pour évaluer sa situation médico-psycho-sociale et établir un plan d'aide à la convalescence.

Objectif : faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation*.

Thèmes abordés :

- identification des besoins pour le maintien à domicile* ;
- informations sur les droits et démarches administratives : constitution de dossiers, recherche de financements (aides financières publiques, etc.) ;
- les aides techniques favorisant sa convalescence (mise en relation avec des distributeurs de matériel médical).

2.3. Assistance en cas de décès

2.3.1. Assistance conseil téléphonique

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; nous nous engageons à fournir une réponse, si possible immédiatement, et dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 72 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Notre responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par le bénéficiaire des renseignements communiqués.

2.3.2. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique demander à G.A.* de l'accompagner dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles du bénéficiaire.

Le coût des funérailles reste à la charge de la famille.

2.3.3. Rapatriement de corps

En cas de décès d'un bénéficiaire survenant en France* à plus de 50 kilomètres du domicile ou à l'étranger*, à la demande de son entourage, G.A.* organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

G.A.* prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge est effectuée **dans la limite de 1 500 euros TTC maximum pour un décès survenu en France* et 4 500 euros TTC maximum pour un décès survenu à l'étranger*.**

Si les circonstances (notamment de refus d'autorisation de transporter le corps ou les cendres ou non délivrance du permis d'inhumer) imposent l'inhumation dans le pays de survenance du décès, G.A.* prend en charge le transport de corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation et les frais annexes nécessaires à ce transport dans la limite des plafonds mentionnés ci-dessus. **G.A.* ne prend pas en charge :**

- les frais d'inhumation ou de crémation ;
- les frais d'embaumement ;
- les frais de cérémonie et d'accessoires.

Le choix des sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de G.A.*. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, G.A.* peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre. Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par G.A.*.

2.3.4. Présence d'un proche

En cas de décès du bénéficiaire, G.A.* organise et prend en charge par événement* :

- le voyage **aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique** pour se rendre aux obsèques du bénéficiaire ;
- les frais de séjour* à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit.**

2.3.5. Retour anticipé des autres personnes

En cas de décès du bénéficiaire à l'étranger* et de rapatriement de son corps, G.A.* organise et prend en charge le retour des autres membres de sa famille qui l'accompagnaient lors de son voyage à **concurrence d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique par personne.**

Les personnes concernées consentent à utiliser en priorité leurs titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés et à respecter les règles du 1.5.4.

2.3.6. Rapatriement des animaux

Le terme « animal » désigne tout chat ou chien appartenant au bénéficiaire, qui satisfait aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par les autorités vétérinaires, **à l'exception des chiens appartenant à l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L. 211-11 et 12 du Code rural.**

En cas de décès du bénéficiaire et de rapatriement de son corps par G.A.*, **G.A.* organise et prend à charge l'hébergement ou le rapatriement de l'animal l'accompagnant à concurrence de 320 euros TTC.**

Cette garantie est mise en œuvre lorsque le bénéficiaire voyageait seulement accompagné de son animal.

2.3.7. Garde d'enfant* de moins de 16 ans en cas de décès de l'adhérent (ou son conjoint)

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, le certificat de décès.

Si, à la suite du décès de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants* de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés temporairement à son entourage, **G.A.* organise et prend en charge par événement* :**

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de **2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date du décès.** Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants* à son domicile* ;
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France* ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de **10 aller-retour maximum sur une semaine et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile* pour un montant maximum de 500 euros TTC pour l'ensemble des enfants* concernés.**

2.3.8. Garde des ascendants à charge vivant au foyer du bénéficiaire en cas de décès de l'adhérent (ou son conjoint)

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A.* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, le certificat de décès.

Si, suite au décès du bénéficiaire (ou de son conjoint), ses ascendants à charge, vivant au foyer, ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, **G.A.* organise et prend en charge par événement* :**

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de **2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date du décès ;**
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** chez un proche résidant en France* ;
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France*.

2.3.9. Accompagnement médico-social

En cas de décès d'un bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 19h, l'équipe médico-sociale de G.A.* est à l'écoute du bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

L'équipe médico-sociale de G.A.* aide la famille du bénéficiaire dans les démarches administratives et met à disposition des courriers type nécessaires aux organismes et administrations et communique, le cas échéant, les coordonnées de ces derniers pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates auprès :

- des employeurs ;
- des établissements bancaires ;
- des compagnies d'électricité ;
- de la compagnie des eaux ;

- des opérateurs de téléphonie ;
- des assureurs ;
- des mutuelles ;
- des caisses de retraite principales et complémentaires ;
- du centre des impôts ;
- de la Sécurité sociale.

2.3.10. Accompagnement psychologique

Cette prestation s'applique à la suite du décès d'un bénéficiaire.

G.A.*, sur simple appel téléphonique de l'adhérent ou son conjoint, est à la disposition pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, G.A.* prend en charge le coût des consultations à hauteur de **3 entretiens téléphoniques maximum auprès des psychologues de G.A.*.**

2.3.11. Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

G.A.* organise un bilan de situation professionnelle pour le conjoint survivant dans les 3 mois qui suivent le décès.

G.A.* accompagne le conjoint survivant dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

2.3.12. Transmission de messages urgents

Sur simple appel téléphonique, G.A.* peut transmettre des messages urgents au moment du décès.

2.3.13. Accompagnement psychologique des enfants*

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, G.A.* met l'adhérent (ou le conjoint survivant) en relation avec la plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargé d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique afin d'étudier les besoins de suivi psychologiques des enfants* face au décès du parent.

2.3.14. Aide à la vente d'un bien immobilier

En cas de décès d'un bénéficiaire et si les biens immobiliers doivent être mis en vente, G.A.* organise la mise en relation du conjoint survivant avec des agences immobilières locales et des notaires.

2.4. Assistance en cas de PTIA* / IPT*

Les prestations du 2.4, sont mises en œuvre si, à la suite d'un accident* ou d'une maladie engendrant une PTIA / IPT, l'un des bénéficiaires est dans un état de perte totale et irréversible d'autonomie* ou en invalidité permanente totale* déclarée par l'assureur.

Les prestations du 2.4 sont mises en œuvre au maximum dans les 12 mois suivant le versement du capital par l'assureur.

2.4.1. Check-up solutions de vie

Sur simple demande du bénéficiaire, l'équipe pluridisciplinaire de G.A.* composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « check-up solution de vie » (entretiens téléphoniques, informations, envoi de fiches prévention autonomie, sur des sujets tels que l'aménagement du domicile*, le matériel d'aide à la marche et aux déplacements, les aides pour la communication et les loisirs, l'auxiliaire de vie, etc.).

Le « check-up solution de vie » de G.A.* aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours par l'adhérent (l'isolement social, l'entretien du domicile*, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement, etc.).

Ce bilan est à la disposition de l'adhérent ou de ses proches afin de favoriser son maintien à domicile* et préserver sa qualité de vie.

C'est pourquoi, l'équipe pluridisciplinaire de G.A.* délivre des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner le bénéficiaire et ses proches dans leurs démarches de maintien à domicile*.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale / handicap (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, notre équipe aide le bénéficiaire ou ses proches à constituer un dossier solution de vie, à établir un état de ses dépenses et de ses revenus et les informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'adhérent, nous conseillons le bénéficiaire ou ses proches sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), nous les orientons vers les organismes concernés et le cas échéant nous les mettons en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

La responsabilité de G.A.* ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- de difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

2.4.2. Organisation de services à domicile*

G.A.* propose l'organisation et la coordination de services au quotidien. Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi (hors jours fériés), de 7h à 20h, G.A.* recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- le transport / accompagnement (ex. : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- la livraison de courses ;
- le portage de repas à domicile*, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile* ;
- la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- les petits dépannages (ex. : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- le petit bricolage (ex. : changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- le petit jardinage (ex. : tondre la pelouse, couper une haie, etc.).

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4.3. Accompagnement dans les déplacements

G.A.* recherche pour le bénéficiaire des services d'aide au déplacement pour se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

G.A.* organise et prend en charge, le cas échéant, la venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) **dans la limite de 150 euros TTC par année civile.**

2.4.4. Adaptabilité du domicile*

En cas d'IPT* ou de PTIA* de l'adhérent qui l'empêche de se déplacer et d'accéder seul à toutes les pièces de son domicile*, à la demande de ce dernier, G.A.* recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien du bénéficiaire à son domicile*.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile* aux besoins du bénéficiaire en perte d'autonomie de déplacement, G.A.* missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile*.

2.4.4.1. Audit d'adaptabilité du domicile*

À cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (ex. : étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (ex. : possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie* de déplacement ;

- soumet le bénéficiaire à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;
- dresse un audit de la situation financière et administrative du bénéficiaire.

2.4.4.2. Solution de maintien au domicile*

À l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire un avis sur la possibilité de maintien au domicile* comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés dans ces démarches (ANAH, par exemple).

Si le bénéficiaire accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à G.A.* la solution de maintien datée et signée. À réception de l'accord écrit du bénéficiaire, G.A.* organise :

- la réalisation des travaux : G.A.* missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés ;
- la commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile* rédigé par l'ergothérapeute.

G.A.* prend en charge la prestation de l'ergothérapeute dans la limite de 460 euros TTC, à l'exclusion de tous les autres frais.

2.4.5. Livraison / installation de matériel médical

G.A.* contacte si nécessaire, des prestataires de matériel médical (ex. : lit médicalisé, déambulateurs, etc.) et organise la livraison et l'installation du matériel.

Les frais de transport, les frais d'acquisition des matériels, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4.6. Recherche d'établissements spécialisés

Si le bénéficiaire ne peut être maintenu à son domicile*, G.A.* l'informe des démarches à suivre et des établissements susceptibles de l'accueillir pendant sa convalescence.

G.A.* lui communique les coordonnées des différents établissements se trouvant dans sa région et de leurs caractéristiques.

2.4.7. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

En cas d'IPT* ou de PTIA* de l'adhérent, l'adhérent* peut contacter G.A. pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge **3 entretiens téléphoniques.**

2.5. Assistance au quotidien

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un événement* garanti, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux 2.2 à 2.4 qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion.

Selon le cas, le bénéficiaire peut demander la prolongation ou la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous.

G.A. sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au bénéficiaire qui effectue le choix final. G.A. organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du bénéficiaire.

G.A. n'est pas responsable de la qualité et des délais d'intervention des prestataires retenus par le bénéficiaire.

2.5.1. Femme de ménage, aide-ménagère

Dans le cadre de ce service, l'organisme exécute les tâches suivantes : entretien de l'intérieur de la maison, nettoyage et repassage du linge, rangement, aide aux tâches ménagères.

2.5.2. Collecte et livraison à domicile* de linge repassé

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

- collecte le linge au domicile* du bénéficiaire ;
- l'apporte à l'entreprise préalablement désignée par le bénéficiaire et chargée du repassage ;
- et livre le linge repassé au domicile* du bénéficiaire.

2.5.3. Livraison de repas à domicile*

Ce service comprend la livraison à domicile* de repas variés et équilibrés, correspondant au régime éventuel suivi par le bénéficiaire (sans sucre, sans sel, sans graisse, etc.).

2.5.4. Préparation de repas à domicile*

Un intervenant à domicile* peut proposer au bénéficiaire un menu différent chaque jour, faire les courses pour réunir les ingrédients nécessaires, cuisiner le repas et remettre la cuisine en ordre après le repas (vaisselle et rangement).

2.5.5. Assistance informatique et Internet : initiation et formation

Ce service englobe l'initiation ou la formation au fonctionnement du matériel informatique (micro-ordinateur personnel ainsi que les accessoires et périphériques faisant partie de son environnement immédiat) et aux logiciels non professionnels en vue de permettre leur utilisation courante ainsi que, le cas échéant, tout ou partie des prestations suivantes :

- livraison au domicile* de matériels informatiques ;
- installation et mise en service au domicile* de matériels et logiciels informatiques ;
- maintenance logicielle au domicile* de matériels informatiques.

2.5.6. Livraison de courses à domicile*

Sur la base d'une liste de courses établie par le bénéficiaire, l'organisme effectue les achats et livre les produits demandés à la maison. Il peut donc s'agir de médicaments, de livres, de journaux, de produits alimentaires ou de première nécessité.

Les achats effectués sont à la charge du bénéficiaire.

2.5.7. Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage

Dans le cadre de ce service, les travaux d'entretien courant du jardin du bénéficiaire pourront être fournis :

- la tonte de la pelouse, l'arrosage des plantes ;
- la taille des haies et des arbres ;
- le débroussaillage ;
- la prestation d'enlèvement des déchets occasionnés par la prestation de petit jardinage ;
- le déneigement des abords immédiats du domicile*.

2.5.8. Petit bricolage

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (durée d'intervention ne dépassant pas deux heures) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

- les activités de construction, d'entretien, de réparation des bâtiments correspondant aux métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment ;

- la mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux utilisant des fluides ou des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques.

2.5.9. Cours à domicile*

Ce service comprend les cours à domicile* dispensés de manière individuelle à tout public : enfant* (cf. 2.6.13), adulte étudiant ou non.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

2.5.10. Assistance administrative

Ce service d'assistance administrative à domicile* couvre toutes les tâches d'appui et d'aide à la rédaction des correspondances, à la compréhension et à la facilitation des contacts et des relations avec des interlocuteurs institutionnels (fournisseurs d'énergie, fournisseurs réseaux téléphonique et Internet, banques, assureurs, administrations publiques notamment).

Ce service ne saurait aboutir à conférer à l'organisme un mandat, une substitution d'action ou de responsabilité.

2.5.11. Surveillance temporaire au domicile*, de la résidence principale et secondaire

Cette activité consiste à assurer, au domicile* et pendant l'absence de son occupant habituel, les prestations suivantes :

- l'ouverture et la fermeture des volets ;
- l'arrosage et l'entretien des plantes ;
- la relève du courrier ;
- les travaux ménagers à l'intérieur du domicile* ;
- toute autre prestation de cette nature.

Ce service ne comprend pas les activités privées de sécurité réglementées par la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 modifiée : la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles, ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles (prestations de rondes ou de télésurveillance autour du domicile*).

2.5.12. Garde d'enfant à domicile*

Ce service comprend :

- la garde d'enfants* au domicile* des parents (baby-sitting par exemple) ;
- la garde d'enfants* de deux voire trois familles alternativement au domicile* de l'une et de l'autre (forme de mutualisation qui facilite l'accès à ce mode de garde pour les familles qui n'ont qu'un enfant* à faire garder),
- l'accompagnement des enfants* lors des trajets domicile* / école ou crèche, en particulier dans les transports publics.

À l'occasion de la garde au domicile*, l'intervenant fait la toilette de l'enfant* et le change, lui prépare et lui donne les repas et les goûters, organise et participe à ses activités, l'accompagne à l'école, le récupère à la sortie de l'école et le raccompagne au domicile* du bénéficiaire.

2.5.13. Soutien scolaire ou cours à domicile*

La prestation de soutien scolaire est fournie **exclusivement au domicile*** du bénéficiaire de la prestation, **par un intervenant physiquement présent**. Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent par ailleurs être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

- accompagnement scolaire ;
- approfondissement ;
- préparation à un examen ;
- révision des leçons déjà vues en classe ;
- explication les points difficiles ;
- aide à l'acquisition d'une bonne méthodologie de travail.

Ce service ne comprend pas les activités de soutien scolaire à distance, par Internet ou sur un support électronique.

2.5.14. *Accompagnement des enfants* dans leurs déplacements en dehors de leur domicile**

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des enfants* bénéficiaires dans les transports.

Ce service ne recouvre pas l'activité de transports scolaires.

2.5.15. *Assistance aux personnes âgées ou dépendantes* ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile**

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- les personnes dépendantes* ;
- les personnes rencontrant une difficulté temporaire ou permanente de nature à mettre en péril l'autonomie et l'équilibre de la famille et son maintien dans l'environnement social.

L'organisme accompagne et assiste les bénéficiaires :

- **dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne.** Ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc.

Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les prestations de vigilance, visites physiques de convivialité. Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et / ou les services compétents ;

- **dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle.** Ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile* ou à partir du domicile*, et notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades* ou en fin de vie maintenues au domicile* ;

- **à l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices.** Ce service comprend notamment les activités comprenant des interventions au domicile* des bénéficiaires en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants* eux-mêmes.

Ce service ne comprend pas les soins relevant d'actes médicaux.

2.5.16. *Assistance aux personnes handicapées**

Les activités d'assistance aux personnes handicapées* comprennent :

- les prestations détaillées au paragraphe précédent ;
- les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété.

2.5.17. *Garde-malade de personnes âgées, dépendantes* ou handicapées**

Le garde-malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades*, en assurant leur confort physique et moral, à l'exclusion des soins. Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance et si la prescription médicale ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

Le garde-malade de nuit est à proximité du malade* et doit pouvoir intervenir à tout moment.

2.5.18. *Aide à la mobilité et transports de personnes âgées, dépendantes* ou handicapées* ayant des difficultés de déplacement*

L'aide à la mobilité et le transport de la personne sont étroitement associés dans cette activité, ce qui différencie cette dernière d'une simple prestation de transport de personnes.

L'organisme accompagne le bénéficiaire lors de déplacements effectués à partir du domicile* du bénéficiaire ou vers celui-ci.

2.5.19. *Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes*, du domicile* au travail, sur le lieux de vacances, pour les démarches administratives*

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante* dans l'impossibilité de conduire son véhicule personnel temporairement ou définitivement.

L'organisme conduit le véhicule du bénéficiaire notamment pour effectuer les trajets suivants :

- du domicile* au lieu de travail et vice-versa ;
- du domicile* au lieu de vacances ;
- lors des démarches administratives.

2.5.20. *Accompagnement des personnes âgées ou handicapées* dans leurs déplacements en dehors de leur domicile**

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des bénéficiaires âgés (plus de 60 ans) ou handicapés* dans les transports, ainsi que l'accompagnement (au bras) à l'occasion de promenades ou dans les actes de la vie courante.

Le recours à des activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété dans l'environnement extérieur et pour les actes de la vie quotidienne est admis dans le cadre de cette activité.

2.5.21. *Soins et promenades des animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes**

Les animaux d'élevage sont exclus, cette activité ne concernant que les animaux de compagnie des personnes dépendantes*.

Par soins, il faut entendre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture pour les animaux, changement de litière, accompagnement chez le vétérinaire.

Sont exclus :

- le toilettage et les soins vétérinaires ;
- les chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L. 211-11 du Code rural et de la pêche ;
- les animaux d'élevage et de ferme ;
- les insectes ;
- les arachnides (tarentule, mygale, scorpion par exemple) ;
- les amphibiens et les reptiles (serpents, tortues, iguanes, lézards par exemple).

2.5.22. *Soins d'esthétique à domicile* pour les personnes dépendantes**

Ce service consiste à dispenser au bénéficiaire les soins d'hygiène et de mise en beauté :

- soins esthétiques ;
- maquillage ;
- lavage, séchage et coiffage des cheveux, à l'exclusion des prestations de coiffure ;
- mettre en beauté les mains et les pieds.

Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires personnes dépendantes*.

2.6. *Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent* de l'adhérent ou son conjoint : « l'aide aux aidants* »*

Les garanties du 2.6 sont mises en œuvre au profit de l'adhérent* (ou son conjoint*) si celui-ci devient, postérieurement à l'adhésion, aidant* d'un proche parent* en état de dépendance* (cf. 1.4 définition de la dépendance). G.A. pourra demander à l'adhérent* de communiquer tout justificatif utile établissant le niveau de dépendance* du proche parent* (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

2.6.1. *Service de renseignement sur la dépendance**

G.A. communique à l'adhérent* toutes les informations dont il a besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance* d'un proche parent*, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, G.A., le cas échéant et sur demande, met en contact l'adhérent* avec les organismes concernés.

2.6.2. *Bilan de prévention dépendance**

À la demande de l'adhérent* (ou à celle des proches parents*), l'équipe pluridisciplinaire de G.A. composée de médecins, d'assistantes sociales, de

psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « bilan prévention dépendance » du proche parent*.

Le bilan prévention dépendance* de G.A. aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile*, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement) et est à la disposition de l'adhérent* afin de favoriser son maintien à domicile* et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de G.A. délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'adhérent* (ou accompagner ses proches parents*) dans les démarches de maintien à domicile* du proche parent*.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet au domicile* du proche parent*, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations* ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer son indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec l'équipe de G.A. et de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile*, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.).

Les frais engagés sont à la charge de l'adhérent*.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale / dépendance* (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de G.A. aide l'adhérent* (ainsi que ses proches parents*) à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance*, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation du proche parent* de l'adhérent*, l'équipe de G.A. le renseigne sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

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

La responsabilité de G.A. ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire* aura obtenu(s) ;
- de difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire*, des informations communiquées.

2.6.3. Bilan prévention mémoire

L'équipe pluridisciplinaire de G.A. réalise une évaluation médico-psychosociale. En cas de plainte mnésique objectivée, la personne est orientée vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement). En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, elle peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

2.6.4. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'équipe pluridisciplinaire de G.A. composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'adhérent* pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques. Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale, etc.) pour accompagner l'adhérent* dans ses démarches. Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'adhérent* vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

G.A. pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes, etc.), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile*.

2.6.5. Aide à la constitution de dossier

G.A. aide l'adhérent* dans la constitution du dossier lié à la dépendance* d'un proche parent* devenu dépendant* (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

2.6.6. Recherche d'établissements spécialisés

G.A. recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les proches parents* de l'adhérent*, en état de dépendance*, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'adhérent* le souhaite, G.A. réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile* ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

2.6.7. Assistance déménagement

G.A. organise le déménagement du proche parent* de l'adhérent* dépendant* si son changement de domicile* est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à la charge de l'adhérent*.

2.6.8. Recherche d'établissements temporaires

G.A. recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents* dépendants* de l'adhérent*, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'adhérent* le souhaite, G.A. réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile* ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

2.6.9. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel de l'adhérent*, lors de la survenance de la dépendance* d'un proche parent*, G.A. peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, etc., destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

2.6.10. Services d'assistance « à la carte »

G.A. recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) des prestations pour :

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments ;
- trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements ;
- trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux ;
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie » ;
- mettre en place la garde du domicile* (vigile ou télésécurité) ;
- garder les petits-enfants*, les animaux de compagnie ;
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre) ;
- et tout autre service de proximité.

Les frais des prestataires missionnés restent à la charge du bénéficiaire.

2.6.11. La téléassistance en cas de dépendance* d'un proche parent*

G.A. met à disposition un service de téléassistance avec un médaillon téléphone qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

Porté autour du cou ou dans une poche, il accompagne le proche dépendant* partout dans le domicile* et au jardin pour faire le lien en toutes circonstances :

- intercepter les communications personnelles et parler à partir du médaillon ;
- en cas de malaise, d'un simple geste la personne dépendante* est en contact avec l'équipe médico-sociale de G.A. qui identifie l'appel même s'il ne peut pas parler.

Selon la situation, l'adhérent* ou son conjoint* ou les services d'urgence seront alertés.

Prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels :

- gestion de la « fiche médicale » du proche dépendant* ;
- écoute 24h/24 par les équipes d'assistance ;
- présence 24h/24 et 7j/7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel ;
- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médico-psycho-sociale ;
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

Pour tout abonnement de plus de 12 mois, les frais de mise en service de l'appareil sont pris en charge par G.A., **les frais d'abonnement restant à la charge de l'abonné.**

2.6.12. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

Sur demande de l'adhérent* (ou son conjoint*), G.A. :

- recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du proche dépendant* et met en relation l'adhérent* (ou son conjoint*) avec ces entreprises s'il le souhaite ;
- donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

En aucun cas G.A. ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

Le choix final des prestataires est du ressort de l'aidant*, G.A. ne pourra pas être tenue responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.

2.6.13. Billet de visite ou garde-malade

Lors du retour à domicile* de l'adhérent* (ou son conjoint*) à la suite d'une hospitalisation* de plus de 10 jours :

- soit, G.A. met à la disposition d'un proche de l'adhérent* un titre de transport aller-retour afin que ce dernier s'occupe du proche dépendant* (dans la limite de 1 intervention par année civile).

G.A. rembourse également les frais de séjour* à l'hôtel à concurrence de **100 euros TTC par nuit, avec un maximum par séjour de 200 euros TTC. Les frais de restauration sont exclus.**

Le billet de visite est accordé pour un trajet réalisé en intégralité dans la zone territoriale mentionnée au 1.2 ;

- soit, lors du retour à domicile* de l'adhérent* (ou son conjoint*) après une période d'hospitalisation* de plus de 10 jours, G.A. recherche et prend en charge une garde-malade **dans la limite de 10 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au domicile* afin qu'elle s'occupe du parent proche dépendant*.**

Les prestations « Billet de visite » et « Garde-malade » sont mises en œuvre lorsque le proche parent* dépendant* se retrouve seul au domicile* et ne sont pas cumulables. Elles sont accordées pour un trajet réalisé en intégralité dans la zone territoriale mentionnée au 1.2.

2.6.14. Service soutien de la mémoire

En complément du bilan prévention mémoire, en cas de vieillissement normal de sa mémoire, le proche parent* peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, d'une durée de 6 mois basé sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par G.A. avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- **s'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire » ;**
- **stimuler ses fonctions intellectuelles** et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne ;
- **repenser son hygiène de vie**, vis-à-vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

La prestation prévention et soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

3. Synoptique des garanties

<i>Assistance accessible dès l'adhésion</i>	
● Information vie pratique et juridique	Réponse fournie dans un délai de 48 heures maxi
<i>Assistance en cas d'hospitalisation* de plus de 10 jours ou en cas d'immobilisation* au domicile* de plus de 15 jours de l'adhérent ou son conjoint</i>	
● Présence d'un proche - Aller-retour - Frais de séjour* à l'hôtel	En avion classe économique ou train 1 ^{re} classe 2 nuits / 100 € TTC maxi par nuit
● Garde des enfants* de moins de 16 ans - Garde au domicile* - Ou transfert chez un proche en France* - Ou transfert d'un proche résidant en France* au domicile* - Ou conduite à l'école et retour au domicile*	20 heures maxi sur 2 jours consécutifs maxi A/R en avion classe économique ou train 1 ^{re} classe A/R en avion classe économique ou train 1 ^{re} classe 10 A/R pendant 1 semaine dans un rayon de 25 km / 500 € TTC maxi
● Garde des ascendants à charge vivant au foyer du bénéficiaire - Garde au domicile* - Ou transfert chez un proche en France* - Ou transfert d'un proche résidant en France* au domicile*	20 heures maxi sur 2 jours consécutifs maxi A/R en avion classe économique ou train 1 ^{re} classe A/R en avion classe économique ou train 1 ^{re} classe
● Transfert à l'hôpital et retour au domicile*	Prise en charge des frais en complément de la Sécurité sociale et des organismes de protection sociale complémentaire
● Accompagnement du conjoint à l'hôpital	2 A/R dans un rayon de 25 km du domicile* / 300 € TTC maxi
● Plan d'aide à la convalescence	Réalisation d'un entretien téléphonique par une équipe pluridisciplinaire
<i>En cas de décès</i>	
● Assistance conseil téléphonique	Réponse fournie dans les 72 heures
● Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en œuvre de la prestation sans prise en charge
● Rapatriement de corps - Décès en France* - Décès à l'étranger*	1 500 € TTC maxi 4 500 € TTC maxi
● Présence d'un proche - Aller-retour - Frais de séjour* à l'hôtel	En avion classe économique ou train 1 ^{re} classe 2 nuits / 100 € TTC maxi par nuit
● Retour anticipé des autres personnes	Prise en charge des frais de transports
● Rapatriement des animaux	Hébergement ou rapatriement de l'animal / 320 € TTC maxi

<i>En cas de décès (suite)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Garde des enfants* de moins de 16 ans <ul style="list-style-type: none"> - Garde au domicile* - Ou transfert chez un proche en France* - Ou transfert d'un proche résidant en France* au domicile* - Ou conduite à l'école et retour au domicile* 	<p>20 heures maxi sur 2 jours consécutifs maxi A/R en avion classe économique ou train 1^{re} classe A/R en avion classe économique ou train 1^{re} classe 10 A/R dans un rayon de 25 km / 500 € TTC maxi</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Garde des ascendants à charge vivant au foyer du bénéficiaire <ul style="list-style-type: none"> - Garde au domicile* - Ou transfert chez un proche en France* - Ou transfert d'un proche résidant en France* au domicile* 	<p>20 heures maxi sur 2 jours consécutifs maxi A/R en avion classe économique ou train 1^{re} classe A/R en avion classe économique ou train 1^{re} classe</p>
● Accompagnement médico-social	Du lundi au vendredi de 9h à 19h
● Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maxi
● Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi pour le conjoint survivant	Organisation d'un bilan et accompagnement
● Transmission de messages	Sur simple appel téléphonique
● Accompagnement psychologique des enfants*	Mise en relation sans prise en charge
● Aide à la vente d'un bien immobilier	Mise en relation
<i>Assistance en cas de PTIA* / IPT*</i>	
● Check-up solutions de vie	Sur simple appel téléphonique
● Organisation de services à domicile*	Mise en relation et organisation sans prise en charge
● Accompagnement dans les déplacements	Organisation et prise en charge d'un accompagnateur / 150 € TTC par an maxi
<ul style="list-style-type: none"> ● Solution de maintien à domicile* <ul style="list-style-type: none"> - Audit d'adaptabilité du domicile* - Solution de maintien à domicile* 	<p>Prise en charge d'un ergothérapeute / 460 € TTC maxi Organisation des travaux et installation des matériels médicaux spécifiques</p>
● Livraison / Installation de matériel médical	Mise en relation et organisation sans prise en charge
● Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation
● Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	3 entretiens téléphoniques maxi
<i>Assistance au quotidien</i>	
● Organisation de services à domicile*	Mise en relation et organisation sans prise en charge
<i>Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent</i>	
● Service de renseignements	Prestation dispensée par les équipes de GA
● Bilan de prévention dépendance	Organisation et accompagnement
● Bilan prévention mémoire	Organisation et accompagnement
● Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Organisation et accompagnement
● Aide à la constitution de dossier	Sur simple appel téléphonique
● Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation
● Assistance déménagement	Organisation sans prise en charge
● Recherche d'établissements temporaires	Mise en relation
● Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Mise en relation
● Service d'assistance à la « carte »	Organisation sans prise en charge
● Téléassistance	Organisation sans prise en charge
● Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation
● Billet de visite ou garde-malade	Prise en charge d'un titre de transport aller / retour Frais de séjour à l'hôtel 100 € TTC par nuit (maxi 200 € TTC)
● Service soutien de la mémoire	Organisation et accompagnement



L'avenir commence ici.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance

et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr

Garantie Assistance

Siège social :

108 Bureaux de la Colline

92210 Saint-Cloud

SA au capital de

1 850 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

312 517 493 RCS Nanterre