



SwissLife Prévoyance Indépendants

Notice d'information

SWISSLIFE PREVOYANCE INDEPENDANTS est un 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.

SWISSLIFE PREVOYANCE INDEPENDANTS 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 86 Boulevard Haussmann - 75009 Paris, auprès de SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurance et Patrimoine.

L'assuré 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 trois 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 94 - 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

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

Sommaire

I - Quelques définitions pour mieux nous comprendre p 4

II - Fonctionnement de votre adhésion p 7

1. Choix de garanties	p 7
2. Qui peut adhérer ?	p 7
3. Formalités d'adhésion	p 7
4. Déclaration du risque	p 7
5. Changement dans la situation de l'assuré.	p 7
6. Augmentations des garanties	p 8
7. Conclusion de l'adhésion	p 8
8. Prise d'effet de l'adhésion.	p 8
9. Entrée en vigueur des garanties.	p 8
10. Territorialité	p 8
11. Droit de renonciation	p 8
12. Durée d'adhésion	p 9
13. Fin des garanties.	p 9
14. Résiliation de l'adhésion.	p 9
15. Cotisations	p 10
16. Indexation	p 10
17. Modification du tarif	p 10
18. Paiement – non paiement des cotisations.	p 10
19. Exonération du paiement des cotisations.	p 10

III- Les garanties p 11

A. Les garanties en capital	p 11
B. Les garanties « revenus de remplacement » versées sous forme de rentes ou d'indemnités journalières.	p 12
C. La garantie remboursement des frais généraux	p 14

IV- Exclusions et limitations de garanties p 15

A. Exclusions	p 15
B. Limitations.	p 15

V- Gestion des prestations p 16

1. Modalités d'obtention des prestations	p 16
2. Contrôle et expertise.	p 17
3. Aggravation indépendante de l'évènement garanti.	p 17

VI- Dispositions diverses p 18

1. Droit de communication et de rectification	p 18
2. Examen des réclamations	p 18
3. Autorité chargée du contrôle des assurances	p 18
4. Subrogation	p 18
5. Prescription	p 18

VII- Convention d'assistance prévoyance p 19

I - Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés

Accident

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

Adhérent

La personne signant le contrat et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

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.

Assuré

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

Assureurs

- 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.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La ou les personne(s) désignée(s) par l'assuré(e), mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle l'assureur verse les indemnités prévues.

A défaut de désignation d'un bénéficiaire, le capital décès est versé :

- en priorité à son conjoint non séparé judiciairement ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés,
- 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 1er 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 évènement 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.

Echéance anniversaire

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

Enfants à charges

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré(e) :

- De moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal,
- Agés 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,
- Enfants non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire suite à une décision de justice,
- Enfants nés viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

Evènements garantis :

Ce sont :

- l'arrêt de travail ou
- l'invalidité ou
- l'hospitalisation ou
- le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ou
- la maladie grave ou
- l'infirmité

susceptibles de mettre en jeu l'une des garanties choisies.

La date de l'évènement 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 ou la date de la réalisation de la greffe,
- pour les garanties arrêt de travail : le 1^{er} jour de l'arrêt de travail ou en cas de survenance à l'étranger, le jour de sa première constatation médicale en France,
- pour les garanties infirmité, invalidité et 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.

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, charges financières, 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 équipement, 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.

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.
- Sont également exclues, 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 amortissements et les provisions.

Franchise

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

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 principales complications qui seront garanties sont : la menace d'accouchement prématuré (ouverture anormal du col objectivé par échographie), la grossesse extra utérine, la fausse couche spontanée, la môle hydatiforme, la choriocarcinome, la toxémie gravidique, l'hématome rétro placentaire, le placenta praevia.

Hospitalisation

Séjour de plus de 24 heures, 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 chirurgicale d'une maladie ou d'un accident.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladies les affections suivantes : lumbagos, 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 113-8 du code des assurances).

Perte totale et irréversible d'autonomie

Etat 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 évènement contractuellement garanti.

Rechute

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

Régime obligatoire d'assurance maladie

C'est le régime obligatoire d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré. C'est-à-dire le régime de sécurité sociale dont il bénéficie en tant que commerçant, artisan, profession libérale, membre d'une profession indépendante ou agricole.

Résiliation

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

Vous

Vous désigne l'assuré ou l'adhérent.

II - Fonctionnement de votre adhésion

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des Assurances. En accord avec l'adhérent, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée du contrat, la langue française.

1- Choix des garanties

La personne assurée peut bénéficier de tout ou partie des garanties suivantes :

- De garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - Capital avec option maladie grave,
 - Rente viagère de conjoint,
 - Rente éducation.

L'assuré peut choisir en option d'une de ces garanties décès : le versement d'un capital infirmité accidentelle et/ou une garantie capital frais d'obsèques.

- De garanties maintien de ressources en cas d'arrêt de travail :
 - Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail,
 - Rente en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle,
 - Des garanties d'assistance sont proposées en inclusion, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge sont précisées au Chapitre VII intitulé : convention d'assistance prévoyance.
- D'une garantie remboursement des frais généraux.

Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

2 - Qui peut adhérer ?

Le contrat est réservé aux artisans, commerçants, exploitants agricoles, professions libérales et chefs d'entreprise, membre 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 affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires peut également adhérer au contrat dans les conditions qui lui sont réservées.

Pour être admis à l'assurance, l'assuré doit être âgé de moins de 61 ans.

3 - 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,
- un questionnaire concernant l'état de santé.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires 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 et sportives de l'assuré, ainsi que les déplacements à l'étranger.

L'adhérent doit en outre déclarer à l'adhésion ou en cours de contrat, le montant des garanties prévoyant des prestations similaires, souscrit chez un autre assureur.

4 - Déclaration du risque

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 et sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations similaires, servent de base à la souscription 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 L113-8 du Code des Assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L113-9 et L132-26 du Code des Assurances.

5 - Changement dans la situation de l'assuré

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

- le fait qu'il 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,
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine,

- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire,
 - la pratique d'une activité sportive ou risquée.
- Par ailleurs l'assuré qui bénéficie de garanties maintien de ressources ou remboursement des frais généraux doit également signaler à l'assureur toute minoration de ses revenus ou de ses frais généraux.

Si la nouvelle situation entraîne une modification du ou des risque(s) assuré(s),

- Conformément aux dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances :
 - l'assureur a la possibilité d'augmenter la cotisation ou de résilier le contrat en cas d'aggravation du risque en cours de contrat (non liée à l'état de santé) ; dans le cas d'une augmentation de cotisation, l'assuré pourra refuser dans les 30 jours qui suivent la proposition, l'adhésion sera alors résiliée.
 - L'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion en cas de diminution du risque en cours de contrat, si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence.

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.

- Conformément à l'article L 113-16 du Code des Assurances, l'assureur et l'adhérent ont la faculté de résilier l'adhésion en cas de changement de profession ou de cessation d'activité professionnelle, ou encore en cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial lorsque ces changements entraînent une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement. La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie en a reçu notification.

6 - Augmentation des garanties

L'assuré peut demander une augmentation de ses garanties, l'augmentation de garanties sera soumise aux conditions applicables, à une nouvelle adhésion.

7 - Conclusion de l'adhésion

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.

8 - Prise d'effet de l'adhésion

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

9 - Entrée en vigueur de 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 ressources (indemnités journalières, rentes invalidité), 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 cérébro-spinale, 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 qui demeure à l'appréciation de l'assureur s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites.

10 - Territorialité

Les garanties décès, maintien de ressources 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 durablement en France métropolitaine.

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

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois,
- dès le 1^{er} jour de retour en France.

La franchise prévue au certificat d'adhésion reste applicable. Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'État français.

11 - 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

L132-5-1 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) demande à renoncer aux garanties prévues au certificat d'adhésion n°.... que j'ai signé le et à recevoir le remboursement total des sommes versées. 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.

12 - Durée de l'adhésion

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.

13 - Fin des garanties

Elles prennent fin à la date indiquée au certificat d'adhésion.

14 - Résiliation de l'adhésion

14-1 Qui peut résilier l'adhésion ?

• L'assuré

- Chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis de deux mois. Le commencement du préavis se compte à partir de la date du cachet de la poste,
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion, si l'assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence,
- En cas de changement ou de cessation d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'évènement et prend effet un mois après sa notification,
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 17. L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

• L'assureur

Pendant les deux premières années de garantie à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis de deux 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 du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,

- Aggravation du risque en cours de 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 de l'adhérent (article L113.6 du code des assurances).

• **L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur** : en cas de redressement judiciaire de l'adhérent (article 113.6 du code des assurances).

• 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 65 ans. Toutefois en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie cesse dans tous ses effets à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent à la date du départ à la retraite.

Dans les deux 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.

14-2 Forme de la résiliation

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

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.

14-3 Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré, de plein droit ou par l'assureur pour non paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'assureur à l'échéance annuelle ou par l'assuré suite à une révision des cotisations ou au

refus de l'assureur de réduire la cotisation suite à une diminution du risque, 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.

15 – Cotisations

15 - 1 Montant

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'assuré à la prise d'effet de l'adhésion,
- de l'activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de sa profession,
- du fait que l'assuré est fumeur ou non,
- du montant des indemnités et des garanties souscrites.

Le tarif est fixé par tranches d'âge qui sont : moins de 31 ans / 31 - 35 ans / 36 - 40 ans / 41 - 45 ans / 46 - 50 ans / 51 - 55 ans / 56 - 60 ans / 61 - 65 ans.

15 - 2 Evolution des cotisations en fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à l'âge, les cotisations sont réajustées automatiquement

- pour les garanties décès (garanties de base et options), à partir de l'échéance annuelle la plus rapprochée du passage dans une tranche d'âge supérieure ,
- pour les garanties maintien de ressources et remboursement des frais généraux, la cotisation évolue de 3% à chaque échéance principale.

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

16 - Indexation

Les montants des garanties décès, maintien de ressources et remboursement des frais généraux ainsi que ceux des cotisations seront indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres), avec un minimum de 2 %.

Le montant des prestations dues sera calculé sur la base de l'indice A.G.I.R.C. de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

17 - Modification du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif, en cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, ainsi qu'en cas de modifications législatives ou réglementaires, la révision intervient dans ce cas à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

En cas d'application de cette clause, l'assureur en informe l'assuré, qui a la possibilité de résilier son contrat par lettre recommandée dans les 15 jours où il a eu connaissance de la modification.

La résiliation prendra effet un mois après la demande.

18 – Paiement - non paiement des cotisations

18 - 1 Paiement

Les cotisations se paient annuellement et d'avance, l'assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels.

L'adhérent peut demander le paiement de ses cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire.

Le fractionnement mensuel de la cotisation se fait uniquement par prélèvement automatique.

18 - 2 Non-paiement

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, les cotisations ne sont pas exigibles (article L132.20 du Code des Assurances).

19 – Exonération du paiement des cotisations

Si l'assuré est en arrêt de travail, il est exonéré, pour toutes les garanties souscrites, du paiement des cotisations venant à échéance pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente totale.

La prise en charge de la cotisation démarre à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu et garanti. Elle prend fin au plus tard à la date de la liquidation de la retraite par les régimes sociaux, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

III - Les garanties

A- les garanties en capital : capital décès, capital infirmité, capital maladies graves, capital frais d'obsèques (contrat n° 3012)

1 - 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 65 ans, l'assureur garantit le versement du capital souscrit au bénéficiaire désigné sur le certificat d'adhésion.

La garantie peut toutefois être prolongée, si l'assuré est toujours en activité, après accord de l'assureur. L'assuré doit en faire la demande au moins 3 mois avant son 65^{ème} anniversaire. La garantie cesse en tout état de cause à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans, l'assureur lui verse directement le capital.

• Décès accidentel

Si l'assuré décède des suites d'un accident, 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.

• Double effet

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin de l'assuré âgé de moins de 65 ans 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. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

2 - Les garanties optionnelles

2 -1 La garantie «maladies graves»

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

Dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur, ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée, un capital dont le montant est

indiqué au certificat d'adhésion est versé à l'assuré.

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 65 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) Coronaropathies

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 quinze 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'immuno-déficience 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 principaux : 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 principal.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave 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.

2 - 2 La garantie infirmité par suite d'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.

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 ou supérieur 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.

2 -3 Capital 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.

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

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant, l'adhérent peut désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion au décès de l'assuré. Cette désignation peut s'effectuer notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'adhérent a la possibilité de préciser les coordonnées d'un bénéficiaire nommément désigné, elles seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré pour joindre le bénéficiaire concerné.

En cours d'adhésion, l'adhérent a la faculté de modifier la clause bénéficiaire si elle n'est plus appropriée.

Toutefois dès lors qu'un Bénéficiaire a accepté le bénéfice du contrat, sa désignation devient irrévocable (Art. L. 132-9 du Code des Assurances).

B- Les garanties revenus de remplacement versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières : rente de conjoint, rente éducation, maintiens de ressources (contrat n° 3011)

1 - 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 65 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 (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans, l'assureur verse le montant de la rente souscrite à l'assuré, puis au conjoint, au partenaire lié par un PACS ou concubin survivant désigné au moment du décès de l'assuré.

2 - 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 65 ans, le montant de la rente choisi est versé 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^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire,
- au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 26^{ème} anniversaire de l'enfant en cas de poursuite d'études supérieures.

• Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 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.

3 - Garanties Maintien de ressources

3-1. Les indemnités journalières

3-1-1 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 L322-3 3° du code de la sécurité sociale (à l'exception des psychoses, trouble grave et arriération mentale) ayant fait l'objet d'une indemnisation, reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, l'assureur peut être amené à poursuivre son indemnisation pendant une durée maximale de 3 mois après étude et avis du médecin conseil de la compagnie. Dans ce cas l'indemnité est réduite de moitié.

Les indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel de l'assuré. En aucun cas, le cumul des prestations versées par l'assureur ajoutées à celles prévues par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif, ne peut excéder le revenu de l'activité de l'assuré.

3-1-2 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 maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer est fixée au certificat d'adhésion.

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée maximale d'indemnisation est de 6 mois pour toute la durée du contrat.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle,
- à la date de consolidation de l'invalidité,
- à la date de l'admission de l'assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

3-1-3 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 ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du 1er 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.

3 - 2 Rente invalidité

3-2-1 Objet de la garantie

En cas d'invalidité totale ou partielle consécutive à une maladie ou à un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de toute activité professionnelle, l'assureur verse la rente dont le montant est 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'état de santé de l'assuré le met dans l'impossibilité définitive de reprendre tout ou partie de toute activité professionnelle. Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation définie par le médecin conseil de la compagnie.

Cette garantie est obligatoirement souscrite en complément de la garantie indemnité journalière. Le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières.

Les indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel de l'assuré. En aucun cas, le cumul des prestations versées par l'assureur ajoutées à celles prévues par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif, ne peut excéder le revenu de l'activité de l'assuré.

3-2-2 Durée d'indemnisation

La rente est versée par trimestre civil échu.

Le service de la rente éventuellement en cours cesse à la date d'admission à la retraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

3-2-3 Détermination du taux d'invalidité

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le médecin conseil de la compagnie. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique et 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 fixée à partir du barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun,
- 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, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

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	

3-2-4 Barème spécifique : applicable aux professions médicales (Médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens) et paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes).

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le médecin conseil de la compagnie. Le taux ainsi déterminé varie selon la nature de la profession exercée.

3-2-5 Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé, en fonction du taux d'invalidité (t) déterminé ci-dessus.

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

Rente partielle : lorsque le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est égal à $3t/2$ fois le montant de la rente choisie.

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

En outre, une personne percevant une rente d'invalidité qui reprendrait une activité à temps plein ou à temps partiel peut se voir, selon le niveau de son revenu, réduire ou supprimer la rente prévue.

C- la garantie remboursement des frais généraux (contrat n° 3013)

1 - 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 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 indemnisée.

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

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.

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée maximale d'indemnisation est de 6 mois pour toute la durée du contrat.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle,
- à la date de l'admission de l'assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

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 ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} 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.

IV - Exclusions et limitations de garanties

A- Exclusions

1 - Risques exclus en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

- 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,
- Risque de guerre : en cas de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu, la présente adhésion n'aura pas d'effet. En cas de guerre étrangère les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.

L'extension à la perte totale et irréversible d'autonomie des garanties en cas de décès ainsi que le capital supplémentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident ne s'applique pas dans les cas résultant :

- d'une tentative de suicide de l'assuré,
- d'un acte volontaire de l'assuré,
- d'un acte criminel de l'assuré,
- de faits de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles,
- d'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de la pratique des sports aquatiques ou terrestre nécessitant l'usage d'engins à moteur,
- de la pratique des activités suivantes : plongée subaquatique, sports de montagne (alpinisme, trekking, escalade, varappe) sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, spéléologie, sports de combat (boxe, lutte, catch), canyoning, rafting, skeleton, bobsleigh, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques, parapente, triathlon, sports mécaniques et aériens,
- des sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,
- de 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,

- de la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.

2 - Risques exclus en cas d'accident, d'incapacité de travail ou d'invalidité.

En plus des exclusions indiquées à l'article précédent, ne sont pas couverts les événements suivants :

- les cataclysmes,
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois,
- Les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes non déclarées à la prise d'effet du contrat ainsi que leurs suites et conséquences,
- Les suites et conséquences des affections liées à l'éthylisme.

B - Limitations

• Conditions de garantie des sports

Les sports garantis sont précisés au certificat d'adhésion.

Leur pratique est couverte :

- Sous réserve du respect des normes et des usages de sécurité liés à leur pratique,
- En dehors de toute tentative de record,
- En dehors de toute compétition nationale ou internationale ainsi que des entraînements y afférents,
- A titre professionnel.

• Maternité

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

Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles.

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

• Maladies mentales et affections psychiques

La durée maximale d'indemnisation pour ces affections est de 6 mois pour toute la durée du contrat, qu'elles soient cumulées ou non.

Ces affections sont exclues de la garantie applicable en cas d'invalidité permanente.

- **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, ainsi que celui consécutif à une maladie mentale ou affection psychiatrique ne sont pas garantis

V - Gestion des prestations

1- Modalités d'obtention 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

- **Pour l'extension à la 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.
- Si l'assuré ou les bénéficiaires désignés ne sont pas d'accord sur les conclusions du médecin conseil de l'assureur, ils peuvent recourir d'un commun accord à une tierce expertise dont les honoraires sont partagés entre les parties.

- **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.

- **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.

L'assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la réalité de la maladie garantie.

- **En cas d'infirmité par 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 ou d'invalidité permanente**

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'assureur avant le terme de la franchise prévue au contrat. Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration. Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée :

- de la justification de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au début de l'incapacité temporaire totale de travail,

- d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :
 - la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible, s'il s'agit d'un accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci,
 - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
 - les décomptes des indemnités journalières versées par le régime de prévoyance obligatoire,
 - en cas d'invalidité : la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire.

Ce certificat peut être transmis directement par le médecin traitant au médecin conseil de l'assureur.

- la justification des frais généraux (en cas de mise en œuvre de la garantie remboursements de frais généraux)

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.

2 - 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, 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.

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.

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en 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 nomination 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.

3 - Aggravation indépendante de l'évènement 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 celle qu'elle aurait été chez un sujet normal soumis à un traitement médical rationnel.

VI - Dispositions diverses

1 - Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite «informatique et libertés» modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction des Services Clients de SwissLife Prévoyance et Santé.

Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du médecin conseil pour les informations à caractère médical, et pour les autres données auprès de la direction services clients, tous deux situés : 1, rue du maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 1.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées par le Groupe Swiss Life, destinataires avec ses mandataires et réassureurs de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel et du secret médical,
- l'envoi de documents sur les produits des sociétés du groupe Swiss Life. Si vous souhaitez, cependant, ne pas être sollicité, il suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

2 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre assureur ou à défaut, notre service concerné.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur vous seront communiquées sur simple demande au siège social :

SwissLife Prévoyance et Santé
86, Boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08

3 - Autorités chargées du contrôle des assurances

Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles
(ACAM)
61 rue Taitbout
75009 Paris

4 - Subrogation

Conformément à l'article L121 - 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.

5 - 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 des articles suivants du Code des Assurances :

Article L114-1 :

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 L114-2 :

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 L114-3 :

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.

VII - Convention d'Assistance Prévoyance

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

Téléphone : de France 01 53 21 24 00
: de l'Etranger 33 1 53 21 24 00
Télécopie : 01 53 21 24 88
24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat :
SWISS 1759

IMPORTANT

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable.

SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE a souscrit au profit de ses assurés un contrat collectif d'assistance n°SWISS1759 auprès de GARANTIE ASSISTANCE (ci-après G.A).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux assurés qui bénéficient des garanties Maintiens de ressources en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n ° 3011 et décrites au B art 3 du chapitre III de SwissLife Prévoyance Indépendants

Ces prestations sont assurées et gérées par GARANTIE ASSISTANCE, société anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS Paris, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS. Entreprise régie par le Code des Assurances.

Les assurés bénéficient de ces garanties si elles sont comprises dans la formule choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

A - Les garanties d'Assistance Prévoyance

1. Dispositions générales

1.1. Bénéficiaires

Dès lors qu'ils sont assurés et bénéficient des garanties Maintiens de ressources en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n ° 3011 et décrites au B art 3 du chapitre III de SwissLife Prévoyance Indépendants et que leur domicile fiscal est situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, ont la qualité de bénéficiaires des garanties d'assistance :

- l'assuré ou l'adhérent (ci-après « l'assuré ») au contrat,
- son conjoint,

1.2. Validité territoriale

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France Métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco.

1.3. Prise d'effet et durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache (délai de rétractation applicable suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation ...).

1.4. Définitions

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au certificat d'adhésion.

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, l'incapacité ou l'invalidité.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine, Corse, Principautés de Monaco et d'Andorre.

INCAPACITE : Impossibilité momentanée pour le bénéficiaire d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

INVALIDITE : Réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle l'empêchant d'exercer, totalement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

MALADIE : altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

1.5. 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 : 01 53 21 24 00

N° Télécopie : 01 53 21 24 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 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 référent ou traitant 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.

1.6. Engagements financiers

1.6.1. Engagements financiers

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.2, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

1.6.2. Conditions d'ordre médical

Dans tous les cas, **la nature de l'assistance et le choix des moyens** à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire **relèvent de la décision du médecin de G.A** qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant. **Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires. Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.**

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7. Exclusions

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- de maladies constatées médicalement antérieurement à l'adhésion à la convention d'assistance ;
- du suicide ou de la tentative de suicide ;
- d'une faute intentionnelle du bénéficiaire (cf. article L.113-1 du Code des Assurances) ;
- d'affections consécutives ou aggravées par l'état d'ivresse lié à une consommation excessive d'alcool, par un comportement alcoolique aigu ou chronique, par l'usage de drogues non prescrites médicalement ou de stupéfiants ;
- des faits de guerre (civile ou étrangère), d'émeute, d'insurrection, d'actes de piraterie, d'attentats d'actes de terrorisme quels qu'en soient le lieu géographique et les intervenants ;
- de la participation à des rixes sauf lorsque cette participation s'inscrit dans un contexte de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou

- d'accomplissement du devoir professionnel ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation provenant de la transmutation de noyaux d'atome.
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime, un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- les accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

1.8. Prescription

Toute action découlant de l'interprétation ou de l'exécution de la convention d'assistance est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.9. Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10. Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

1.11. Contrôle

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties.

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire bénéficie d'un droit d'accès et de rectification 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 - Direction des Systèmes d'Information, 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. Réclamations

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

1.14. 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 de 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...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.
- la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des 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 (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme 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

Les garanties 2.1 et 2.2 sont acquises en situation d'Invalidité (cf. DEFINITIONS).

2.1. Orientation vers les établissements médicalisés

GARANTIE ASSISTANCE recherche et communique les coordonnées d'établissements médicalisés (séjour tempo-

raire ou de longue durée, convalescence, rééducation fonctionnelle, par exemple, en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité qui d'une part, répondent aux critères de sélection posés par le bénéficiaire concerné, son conjoint ou son représentant, (proximité géographique du domicile, équipement, capacité, activités, spécialités) et d'autre part, sont en mesure de les accueillir.

Si GARANTIE ASSISTANCE met tout en œuvre pour proposer des solutions conformes aux souhaits exprimés par le bénéficiaire concerné, son conjoint ou son représentant, elle ne peut toutefois pas garantir l'accueil effectif dans le (les) établissement(s) indiqué(s). GARANTIE ASSISTANCE ne prend pas en charge les frais de séjour et tous frais et taxes accessoires.

2.2. Assistance autonomie

2.2.1. Audit d'adaptabilité du domicile :

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile aux besoins du bénéficiaire en invalidité, GARANTIE ASSISTANCE missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile. A cette fin, l'ergothérapeute :

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

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire, son conjoint ou son représentant 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 (A.N.A.H par exemple) dans ces démarches.

L'audit et les prestations qui en découleraient restent à la charge du bénéficiaire.

2.2.2. Audit financier

L'audit financier est établi pour mieux connaître les dépenses et revenus mensuels du bénéficiaire.

En cas de ressources insuffisantes, GARANTIE ASSISTANCE recherche et communique au bénéficiaire, son conjoint ou son représentant, les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation de son maintien à domicile (CCAS, CPAM, ASSEDIC, CAF, Banques alimentaires, assistantes sociales locales, mairie, caisses de retraite,...).

2.2.3. Audit de la vie quotidienne

L'audit de vie quotidienne est réalisé au moyen d'une grille d'évaluation spécifique. Il permet de connaître les habitudes de vie du bénéficiaire (alimentation, vie sociale, ...), son environnement familial (sa composition, sa proximité géographique,...). L'audit de vie quotidienne va mesurer dans quel contexte matériel et affectif la personne évolue et quel contact elle a conservé avec la vie extérieure.

2.3. Assistance psychologique

En cas d'incapacité ou d'invalidité suite à un d'accident de l'assuré ou de son conjoint, le bénéficiaire, 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 maximum par événement.**

B - Services à la personne DOMICAL

Conditions Générales

“SwissLife Prévoyance Indépendants”

COMMENT CONTACTER DOMICAL

Téléphone : 01 53 21 69 89
Télécopie : 01 53 21 24 88
24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : **SWISS 1759**

Afin de faire bénéficier des services à la personne mentionnés à l'article D-129-35 du Code du Travail, les assurés qui bénéficient des garanties Maintiens de ressources en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n° 3011 et décrites au B art 4 du chapitre III de Swiss Prévoyance Indépendants, SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE a souscrit les présentes conditions générales auprès de l'association DOMICAL (ci-après "DOMICAL"). DOMICAL est une association de Loi 1901 déclarée auprès de la Préfecture de Paris et agréée par le Préfet (n° d'agrément N/130907/A/075/S/084) en tant que structure de coordination et d'intermédiation de Services à la Personnes mentionnés à l'article D-129-35 du Code du Travail, dont le siège social est situé 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). N° SIRET : 49980742800010.

DOMICAL coordonne la mise à disposition de services à la personne au profit de tout bénéficiaire désigné au paragraphe 1.1 et s'appuie sur son réseau d'organismes agréés.

Les présentes conditions générales ont pour objet de préciser les prestations délivrées par DOMICAL (1.5) et son réseau d'organismes agréés aux bénéficiaires visés au paragraphe 1.1 et les conditions et modalités de leur mise en œuvre.

1. Généralités

1.1. Bénéficiaires

Dès lors qu'ils sont assurés et bénéficient des garanties Maintiens de ressources en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n° 3011 et décrites au B art 3 du chapitre III de SwissLife Prévoyance Indépendants et que leur domicile fiscal est situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, ont la qualité de bénéficiaires

des garanties d'assistance :

- l'assuré ou l'adhérent (ci-après « l'assuré ») au contrat,
- son conjoint,
- ses enfants.

1.2. Validité territoriale

Les prestations de services à la personne sont fournies en France Métropolitaine.

1.3. Prise d'effet - Durée

Les bénéficiaires visés au paragraphe 1.1. peuvent solliciter les services de DOMICAL et des organismes référencés dans son réseau pendant la durée de validité de leur adhésion à SwissLife Prévoyance Indépendants.

1.4. Définitions

Pour l'application des présentes Conditions Générales, on entend par :

DOMICILE : la résidence principale ou secondaire du bénéficiaire située en France Métropolitaine.

INTERVENANT : la personne physique chargée par l'organisme agréé de fournir la prestation au profit du bénéficiaire.

MODE MANDATAIRE : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL propose au bénéficiaire le recrutement de travailleurs. Le bénéficiaire conserve, comme dans la modalité d'emploi direct, une responsabilité pleine et entière d'employeur.

La personne mandataire peut toutefois accomplir, pour le compte du bénéficiaire employeur, la sélection et la présentation des candidats, les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de salariés. Le bénéficiaire verse à l'organisme mandataire une contribution représentative des frais de gestion supportés par ce dernier.

MODE PRESTATAIRE : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL est l'employeur de l'intervenant qui réalise la prestation au profit du bénéficiaire : l'inter-

venant agit sous la responsabilité et sous l'autorité hiérarchique de cet organisme. A ce titre, l'organisme prestataire choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service.

L'organisme prestataire fournit et facture une prestation au bénéficiaire du service.

MODE EMPLOI DIRECT : l'emploi direct lie directement le salarié intervenant et le particulier bénéficiaire du service.

ORGANISME : l'association ou l'entreprise de Services à la Personne, titulaire d'un agrément délivré par la Préfecture du département dans lequel elle exerce son activité. Le réseau de DOMICAL est exclusivement constitué d'organismes agréés.

PERSONNES DEPENDANTES : les personnes qui sont, momentanément ou durablement, atteintes de pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection les empêchant d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

PERSONNE HANDICAPEE : toute personne présentant un handicap au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles. Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant.

1.5. Conditions de mise en œuvre des prestations de services à la personne

1.5.1. Accès à la plateforme de DOMICAL

Les bénéficiaires peuvent accéder à la plateforme de DOMICAL 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 au numéro suivant : 01.53.21.69.89.

1.5.2. Prestations de DOMICAL

Le bénéficiaire peut, selon son besoin, solliciter DOMICAL pour la fourniture des prestations suivantes :

- sur simple appel téléphonique, DOMICAL communique les coordonnées des organismes (association ou entreprise) agréés les plus proches du domicile du bénéficiaire dispensant les services à la personne détaillés au paragraphe 2 ;
- si le bénéficiaire souhaite être conseillé, un correspondant spécialisé de DOMICAL **accessible du lundi au samedi de 9h à 19h (hors jours fériés)** identifie avec

lui les services dont il a besoin, la nature des tâches à fournir et le planning souhaité (fréquence d'intervention et créneaux horaires). Une fois les besoins définis, DOMICAL s'engage à :

- interroger les organismes de son réseau susceptibles de fournir les prestations correspondantes au bénéficiaire ;
- coordonner la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans les 48 heures ouvrées suivant l'appel du bénéficiaire.
- **en dehors des jours et horaires précisés ci-dessus :** la demande du bénéficiaire est enregistrée par DOMICAL, un correspondant spécialisé se charge alors de rappeler le bénéficiaire afin d'analyser ses besoins.

Dans ce cadre, DOMICAL met tout en œuvre pour assurer la prise en compte de la demande et, le cas échéant, la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans le respect des critères de qualité définis à l'article 1.5.3.

Dans tous les cas, DOMICAL est tenue d'une obligation de moyens et sa responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas d'indisponibilité des organismes et, d'une manière générale, des cas de force majeure rendant impossible l'exécution des prestations commandées.

DOMICAL s'engage alors à informer le bénéficiaire de cette indisponibilité et à proposer des solutions alternatives.

La responsabilité de DOMICAL ne peut être engagée en cas d'utilisation du service par le bénéficiaire dans un cadre différent de celui défini.

1.5.3. Engagements qualité de DOMICAL

- Assurer 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 un accueil téléphonique personnalisé, une écoute attentive des besoins exprimés par le bénéficiaire ;
- Proposer des solutions individualisées, les plus adaptées aux besoins exprimés et garantir une qualité de service optimale ;
- Recourir exclusivement à des prestataires agréés par l'Etat et référencés par DOMICAL ;
- Garantir la fiabilité du réseau (exactitude des coordonnées, professionnalisme des intervenants, probité des prestataires...);
- Favoriser la modération tarifaire au profit des bénéficiaires ;
- Garantir les meilleurs délais de traitement des demandes ;
- Missionner exclusivement des prestataires respectueux de l'intégrité du domicile et de la confidentialité de la vie privée ;
- Se positionner comme médiateur en cas de désaccord

éventuel entre le prestataire et le bénéficiaire ;

- Garantir l'éligibilité des prestations fournies aux avantages fiscaux (*) ;
- Mesurer la satisfaction du bénéficiaire et mettre en place un contrôle Qualité.

(*) dans la limite de la législation fiscale en vigueur.

1.6. Engagements financiers

1.6.1. La commande

La commande est effective dès lors que le bénéficiaire accepte le contenu de la prestation (délai, fréquence, horaires d'intervention, prix des prestations) proposé par l'organisme choisi. Si le bénéficiaire le demande ou si le prix mensuel de la prestation est égal ou supérieur à 100 € TTC, l'organisme établit un devis gratuit qui mentionne les prestations, services, tâches qui seront réalisées et feront l'objet d'une facturation ultérieure.

1.6.2. Le paiement des prestations

Quelle que soit la prestation mise en œuvre, le paiement est à la charge du bénéficiaire.

Les prix des prestations de services sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire. Les prix des contrats déjà conclus varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par un arrêté annuel du Ministre de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services (conformément à l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les prestations sont effectuées par des organismes agréés assujettis à la T.V.A au taux réduit de 5,5 % (**article 279-i du code général des impôts**). Ce taux réduit s'applique indépendamment des plafonds de dépenses mentionnés au paragraphe 1.6.3.

L'organisme adresse une facture au bénéficiaire (précisant le nom et l'adresse de l'organisme, la nature exacte des services fournis, le montant des sommes effectivement dues au titre de la prestation de service, le taux horaire toutes taxes comprises ou, le cas échéant, le prix forfaitaire de la prestation, la durée horaire de l'intervention, le montant toutes taxes comprises, le cas échéant, les frais de déplacement).

1.6.3. Le régime fiscal des dépenses effectives du bénéficiaire liées aux prestations décrites au paragraphe 2

Les prestations fournies par les organismes sont éligibles à la réduction ou au crédit d'impôt sur le revenu prévu à l'article 199 sexdecies du Code Général des Impôts.

L'avantage fiscal est calculé sur la base des dépenses effectivement supportées par le bénéficiaire au cours d'une année civile, étant précisé que l'aide financière mentionnée à l'article L. 129-13 du code du travail (exonérée en application du 37° de l'article 81 du Code Général des Impôts), n'est pas prise en compte pour le calcul des dépenses effectivement supportées.

1.7. Réclamations

Toute réclamation éventuelle doit être formulée par écrit par le bénéficiaire et adressée au Service Réclamations de DOMICAL 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS.

1.8. Litiges

Tout litige né à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du Contrat sont régies par le Droit français et relèvera des tribunaux français compétents.

2. Les services à la personne accessibles via DOMICAL

CESU : toutes les prestations décrites ci-dessous peuvent être fournies par le réseau d'organismes sélectionnés par DOMICAL et sont payables en chèques CESU, CESU préfinancés ou tout autre moyen de paiement. Toutefois, DOMICAL recommande au bénéficiaire de vérifier, avant toute commande de services, que les CESU préfinancés qu'il détient peuvent régler l'ensemble des services sans restriction.

ASSISTANCE INFORMATIONS CESU

Sur simple demande téléphonique au 01 53 21 24 24, GARANTIE ASSISTANCE répond à toutes les questions des bénéficiaires relatives aux modes de fonctionnement des services à la personne et aux modalités d'utilisation des CESU : les formalités déclaratives, les allègements sociaux et fiscaux, les obligations en tant qu'employeur, les avantages des structures agréées et les plafonds des assiettes fiscales.

LES SERVICES A LA PERSONNE POUR TOUS

• FEMME DE MENAGE, AIDE MENAGERE **CESU**

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

Les organismes de services intervenant en mode prestataire ont la faculté d'utiliser leurs matériels et produits à l'occasion des prestations. **Cette faculté ne saurait en aucun cas englober la vente de produits d'entretien ou de matériels.**

● **COLLECTE ET LIVRAISON A DOMICILE DE LINGE REPASSE** **CESU**

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.

Ce service ne comprend pas la prestation de repassage elle-même dès lors qu'elle est réalisée hors du domicile.

● **LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE** **CESU**

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.).

La fourniture des denrées alimentaires ainsi que les opérations de fabrication des repas effectuées hors domicile sont exclues du champ des services à la personne.

● **PREPARATION DE REPAS A DOMICILE** **CESU**

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).

Le temps passé à faire les commissions est compris dans cette prestation.

La fourniture des denrées alimentaires ainsi que les opérations de fabrication des repas effectuées hors domicile sont exclues du champ des services à la personne.

● **ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : INITIATION ET FORMATION** **CESU**

Ce service englobe **obligatoirement** 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.

Ce service ne comprend pas :

- le dépannage ou l'assistance informatique effectuée à distance (Internet, téléphone...),
- la réparation de matériels et la vente de matériels et de logiciels.
- L'initiation et la formation relatives aux matériels audio, photo et vidéo numériques.

Le montant des dépenses liées à ce service est soumis à un plafond spécifique pour le calcul de l'avantage fiscal (cf. 1.6.3).

● **LIVRAISON DE COURSES A DOMICILE** **CESU**

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.

● **PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS LES TRAVAUX DE DEBROUSSAILLAGE** **CESU**

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.

En mode prestataire, l'organisme intervenant dispose de son propre matériel.

En mode mandataire, les matériels utilisés doivent être mis à la disposition du salarié par le bénéficiaire employeur.

Ce service ne comprend pas les gros travaux forestiers (au sens de l'article L 722-3 du code rural) : les travaux de récolte de bois (abattage, ébranchage, élagage, éhoupage, débardage sous toutes ses formes, les travaux de reboisement et de sylviculture, y compris l'élagage, le débroussaillage et le nettoyage des coupes, les travaux d'équipement forestier, lorsqu'ils sont accessoires aux travaux ci-dessus).

Le montant des dépenses liées à ce service est soumis à un plafond spécifique pour le calcul de l'avantage fiscal (cf. 1.6.3).

● **PETIT BRICOLAGE** **CESU**

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...

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.

Des prestations complémentaires, correspondant à l'approvisionnement des petites fournitures nécessaires à l'intervention, si elles peuvent être fournies par l'organisme, n'ouvrent pas droit à la réduction ou au crédit d'impôt ni à l'application du taux réduit de TVA. Le montant des dépenses liées à ce service est soumis à un plafond spécifique pour le calcul de l'avantage fiscal (cf. 1.6.3).

● COURS A DOMICILE **CESU**

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à tout public : enfant (cf les services à la personne pour les enfants), 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.

● ASSISTANCE ADMINISTRATIVE **CESU**

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.

● SURVEILLANCE TEMPORAIRE AU DOMICILE, DE LA RESIDENCE PRINCIPALE ET SECONDAIRE **CESU**

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).

LES SERVICES A LA PERSONNE POUR LES ENFANTS

● GARDE D'ENFANT A DOMICILE **CESU**

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.
- A 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.

● SOUTIEN SCOLAIRE **CESU**

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 des 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.

● COURS A DOMICILE **CESU**

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à l'enfant du bénéficiaire.

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.

● **ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS DANS LEURS DEPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE**
CESU

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

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

LES SERVICES A LA PERSONNE POUR LES PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES

● **ASSISTANCE AUX PERSONNES AGEES OU DEPENDANTES OU AUX AUTRES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE AIDE PERSONNELLE A LEUR DOMICILE** **CESU**

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- les personnes dépendantes (voir définition au paragraphe 1.4.),
- 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 ... ;

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... 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 MEDICAUX.

● **ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPEES**
CESU

Les activités d'assistance aux personnes handicapées (cf. définition au paragraphe 1.4) 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.

● **GARDE MALADE** **CESU**

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.

● **AIDE A LA MOBILITE ET TRANSPORTS DE PERSONNES AYANT DES DIFFICULTES DE DEPLACEMENT** **CESU**

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.

● **CONDUITE DU VEHICULE PERSONNEL DES PERSONNES DEPENDANTES, DU DOMICILE AU TRAVAIL, SUR LE LIEUX DE VACANCES, POUR LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES** **CESU**

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante (cf. définition paragraphe 1.4) 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.

● **ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES
OU HANDICAPEES DANS LEURS DEPLACEMENTS
EN DEHORS DE LEUR DOMICILE** **CESU**

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des bénéficiaires âgés (+ de 60 ans) ou handicapés (cf. définition paragraphe 1.4) 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.

● **SOINS ET PROMENADES DES ANIMAUX DE
COMPAGNIE, POUR LES PERSONNES
DEPENDANTES** **CESU**

Les animaux d'élevage sont exclus, cette activité ne concernant que les animaux de compagnie des personnes dépendantes (cf. définition paragraphe 1.4).

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.211-12 du Code Rural,**
- **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).**

● **SOINS D'ESTHETIQUE A DOMICILE POUR LES
PERSONNES DEPENDANTES** **CESU**

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 (cf. définition paragraphe 1.4).



Garantie Assistance

Siège social :
38, rue la Bruyère
75009 Paris.
SA au capital de € 1.850.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
B.312.517.493 RCS Paris.

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 154.797.164,35.
Entreprise régie par le code
des assurances
341.785.632 RCS Paris.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris.

www.swisslife.fr