

SwissLife Prévoyance Indépendants

Notice d'information

Madame, Monsieur,

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

Votre adhésion est composée des documents suivants :

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

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

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

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

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

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

Cordialement,

Swiss Life
L'avenir commence ici

Sommaire

1. Quelques définitions pour mieux nous comprendre	5
2. Présentation des contrats	8
2.1. Informations précontractuelles et contrats	9
2.2. Objet des contrats	9
2.3. Révision des contrats	9
3. Fonctionnement de votre adhésion	10
3.1. Conditions d'adhésion aux contrats	11
3.2. Conclusion de l'adhésion aux contrats, date d'effet et durée	11
3.3. Droit de renonciation	11
3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats	12
3.5. Les cotisations	12
3.6. La prescription	13
3.7. La subrogation	13
3.8. Les réclamations – médiation	13
3.9. Loi informatique et libertés	13
3.10. L'autorité de contrôle	14
4. Les garanties	15
4.1. Le fonctionnement des garanties	16
4.2. Les garanties en capital	17
4.3. Les garanties revenus de remplacement versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières	18
4.4. La garantie remboursement des frais généraux	20
5. Exclusions et limitations de garanties	21
5.1. Exclusions de garanties	22
5.2. Limitations de garanties	22
6. Le règlement des prestations	23
6.1. Modalités d'obtention des prestations	24
6.2. Contrôle et expertise	24
6.3. Aggravation indépendante de l'évènement garanti	25
7. Articles du Code des assurances	26
Annexe I Convention d'assistance Prévoyance	31

1

Quelques définitions
pour mieux nous comprendre

■ Accident

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

■ Activité de direction

Activité de gestion d'entreprise sans activité manuelle, et dont les déplacements professionnels sont limités à 20 000 km/an.

■ Adhérent

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

■ Arrêt de travail

Incapacité temporaire totale de travail :

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

Invalidité permanente totale ou partielle :

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

■ Assuré

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

■ Assureur

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

■ Bénéficiaire des garanties en cas de décès

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

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

■ Conjoint collaborateur

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

■ Date de consolidation

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

■ Déchéance

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

■ Délai d'attente

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

■ Echéance anniversaire

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

■ Enfants à charge

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré :

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

■ Frais généraux

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

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

Sont considérés comme frais généraux :

- Le loyer des locaux professionnels,
- Les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital),

- Les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone,
- Les salaires, appointements des employés de l'assuré qui n'exercent pas la profession de l'assuré dans les conditions identiques, ainsi que les charges y afférant,
- La patente, les impôts professionnels,
- Le coût du leasing (crédit bail),
- Les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements,
- Les charges sociales de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

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

■ **Franchise**

Période qui débute le 1^{er} jour d'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Dans le cas où l'assuré a choisi la franchise de 3 jours en cas d'hospitalisation, à condition que celle-ci comprenne au moins une nuitée et débute pendant la période de franchise en cas de maladie (7, 15 ou 30 jours) ou en cas d'accident (15 ou 30 jours), l'indemnité journalière est alors versée à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail et ce, pour la durée d'indemnisation prévue.

■ **Grossesse pathologique**

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

■ **Hospitalisation**

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

■ **Maladie**

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

■ **Nous**

Nous désigne l'assureur.

■ **Nullité**

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

■ **Perte totale et irréversible d'autonomie**

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.

■ **Résiliation**

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

■ **Vous**

Vous désigne l'assuré ou l'adhérent.

2

Présentation des contrats

2.1. Informations précontractuelles et contrats

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

2.2. Objet des contrats

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

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

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

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

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

2.3. Révision des contrats

L'AGIS et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances dans un délai de 3 mois minimum avant son entrée en vigueur.

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



Fonctionnement
de votre adhésion

3.1. Conditions d'adhésion aux contrats

3.1.1. Qui peut adhérer ?

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

Ces personnes doivent être affiliées auprès de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève leur activité.

Leur conjoint ayant le statut de conjoint collaborateur et étant affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires peut être assuré dans les conditions qui lui sont réservées.

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

3.1.2. Formalités d'adhésion

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

- les garanties choisies,
- le ou les bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès,
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer,
- 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 de l'assuré et sportives le cas échéant, 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.

3.1.3. Déclaration du risque

• Au moment de l'adhésion

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

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

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

• En cours d'adhésion

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

- ⇒ le fait qu'il se mette ou se remette à fumer, même occasionnellement alors que lors de son adhésion, il déclarait être non fumeur,
- ⇒ un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de son activité professionnelle,

- ⇒ la cessation ou la réduction d'activité professionnelle ainsi qu'un départ en retraite,
- ⇒ le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine,
- ⇒ la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire.

Par ailleurs, l'assuré qui bénéficie de garanties maintien de revenus ou remboursement des frais généraux doit également signaler à l'assureur toute minoration de ses revenus ou de ses frais généraux.

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Droit de renonciation

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

«Je soussigné(e) , demeurant àdemande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n°.... que j'ai signé le

Si des cotisations ont été versées, je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, conformément à l'article L132-5-1 du Code des assurances. Date et signature.»

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

3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats

3.4.1. Par L'adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- Chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à l'assureur au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel, soit le 31 octobre de chaque année, pour que la résiliation prenne effet au 31 décembre suivant à minuit,
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L.113-4 du Code des assurances),
- En cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'évènement et prend effet un mois après sa notification (article L.113-16 du Code des assurances),
- En cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe «En fonction des résultats techniques» de l'article 3.5.2.

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

3.4.2. Par L'assureur

Pendant les deux premières années de garantie à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis de 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 intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,
- Aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,
- En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'adhérent (article L.622-13 du Code de commerce).

3.4.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur,
- En cas de décès de l'adhérent,
- Pour chaque assuré, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, sauf prolongation prévue à l'article 4.2.1. « Le capital décès ».

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

Dans les deux derniers cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la pro-

chaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

3.4.4. Forme de la résiliation

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

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

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

3.4.5. Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

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

3.5. Les cotisations

3.5.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'assuré à la prise d'effet de l'adhésion, selon les tranches d'âge suivantes : moins de 31 ans / 31 - 35 ans / 36 - 40 ans / 41 - 45 ans / 46 - 50 ans / 51 - 55 ans / 56 - 60 ans / 61- 62 ans,
- de l'activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de sa profession,
- du fait que l'assuré soit fumeur ou non,
- du montant des indemnités et des garanties souscrites,
- des autres éléments déclarés.

3.5.2. 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,

- de 3% à chaque échéance principale pour les garanties maintien de revenus et remboursement des frais généraux,
- à l'échéance principale qui suit le 31^{ème}, 36^{ème}, 41^{ème}, 46^{ème}, 51^{ème}, 56^{ème}, 61^{ème} et 66^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties décès (garanties de base et options).

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

• En fonction des résultats techniques

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

Cette modification du tarif sera établie d'un commun accord entre l'AGIS et l'assureur. Toute modification du tarif devra

être notifiée à l'adhérent 3 mois avant l'échéance anniversaire de l'adhésion et prendra effet à cette date. Dans cette hypothèse l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. La résiliation prendra effet un mois après la demande.

• **En cas de modifications législatives et/ou réglementaires**

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre Régime Obligatoire et/ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas, la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'évènement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification de taxe impliquera une variation de cotisations.

3.5.3. Paiement des cotisations

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

3.5.4. Non-paiement des cotisations

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

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

3.5.5. Exonération du paiement des cotisations

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

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

3.6. La prescription

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

Toutes actions dérivant des présents contrats sont pres-

crites dans les délais et termes des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances.

3.7. La subrogation

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

3.8. Les réclamations – médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

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

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations PREVOYANCE ET SANTE, TSA 36003 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

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

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

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

3.9. Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret.

3.10. L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

4

Les garanties

4.1. Le Fonctionnement des garanties

4.1.1. Le choix des garanties

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

- **En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie,**

- Capital,
- Rente viagère de conjoint,
- Rente éducation.

L'assuré peut choisir en option :

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

- **En cas d'arrêt de travail,**

- Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail,
- 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 à l'annexe I « Convention d'Assistance Prévoyance ».

- **En cas d'arrêt de travail, remboursement des frais généraux.**

Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

4.1.2. Etendue territoriale

Les garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux sont acquises dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France. Elles ne concernent que les assurés résidant habituellement et de façon régulière en France 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 pour les autres cas.

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

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

4.1.3. La date de l'évènement garanti

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 garanties ou la date de la réalisation de la greffe,
- pour les garanties arrêt de travail : le 1^{er} jour de l'arrêt de travail,
- pour les garanties infirmité, invalidité ou perte totale et ir-

réversible d'autonomie : la date de consolidation de l'état d'infirmité, d'invalidité, de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré définie par le médecin expert désigné par l'assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

4.1.4. La date d'entrée en vigueur des garanties

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

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

Tout évènement 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, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions personnelles du contrat antérieur.

4.1.5. Indexation

Les montants des garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux ainsi que ceux des cotisations sont indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

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

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

4.1.6. Modification des garanties

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

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

En cas de demande d'augmentation des garanties par l'adhérent, celle-ci pourra être soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion.

4.1.7. Cessation des garanties

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

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

4.2.1. Le capital décès

- **Décès**

En cas de décès de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 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 67^{ème} anniversaire.

Dans ce cas, la garantie cesse en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans.

- **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.

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'assureur lui verse directement le capital décès. Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident, le capital supplémentaire en cas de décès accidentel, précisé au certificat d'adhésion, lui sera versé. Le versement du capital met fin à la garantie en cas de décès.

- **Double effet**

Si le conjoint de l'assuré, le partenaire lié par un PACS ou le concubin décède en même temps ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré alors âgé de moins de 67 ans, 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.

4.2.2. Les garanties optionnelles

- **Capital maladie grave**

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

Un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion est versé à l'assuré

- dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes

est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale,
- ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

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

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

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

Définition des maladies graves

a) **Infarctus du myocarde**

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

b) **Coronaropathie**

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

c) **Accident vasculaire cérébral**

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne.

Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.

d) **Cancer**

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

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

e) **Insuffisance rénale**

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

f) **Greffe d'organe**

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

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

- **Capital infirmité consécutive à un accident**

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de l'une des garanties Décès (Capital, Rente viagère de conjoint, Rente éducation). La garantie prévoit le versement d'un capital dont le montant est précisé au certificat d'adhésion en cas d'accident entraînant pour l'assuré, une infirmité permanente de taux supérieur à 15% et médicalement constatée.

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

Détermination du taux d'infirmité

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

Le montant du capital

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

- **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, dont le montant est précisé au certificat d'adhésion.

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

4.2.3. Clauses bénéficiaires

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

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

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

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

4.3.1. La rente viagère de conjoint

- **Décès**

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

Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

- **Perte totale et irréversible d'autonomie**

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

4.3.2. La rente éducation

- **Décès**

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

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire. Cette rente est versée :

- au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 18^{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**

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

4.3.3. Les garanties maintien de revenus

4.3.3.1 Les indemnités journalières

- **Objet de la garantie**

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

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

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.

- **Durée d'indemnisation**

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

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

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, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 4.3.3.1.,
- à la date de consolidation de l'invalidité,
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'assuré, et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

- **Rechute**

Lorsque l'assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du 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 survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois.

4.3.3.2. La Rente d'invalidité

- **Objet de la garantie**

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

En cas d'invalidité 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 selon les règles définies au paragraphe « Montant de la rente » de l'article 4.3.3.2. sur la base du montant indiqué sur le certificat d'adhésion.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'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 l'assureur.

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.

- **Durée d'indemnisation**

La rente est versée par trimestre civil échu.

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

- **Détermination du taux d'invalidité (t)**

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

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

- l'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré ; elle est établie selon le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale,
- l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession en prenant en considération ses aptitudes, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

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

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

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

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

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

• Montant de la rente

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

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

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

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

Dans le cadre du barème professionnel applicable aux professions médicales, paramédicales et vétérinaires, le versement de la rente partielle est possible sur option dès que le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16%.

Ainsi, si cette option est choisie, la rente partielle pourra être servie si le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 16 %.

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

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

4.4.1. 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.

4.4.2. 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 liquidation de ses droits à retraite et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans.

4.4.3. 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.

5

Les exclusions et limitations de garanties

5.1. Exclusions de garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties les évènements suivants :

- 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,
- Le 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.

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

Pour ces garanties, l'assureur ne couvre pas les évènements suivants et leurs conséquences :

- une tentative de suicide de l'assuré,
- un acte volontaire de l'assuré,
- un acte criminel de l'assuré,
- les faits de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles,
- les mouvements populaires,
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites,
- la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- la pratique d'un sport à titre professionnel,
- la pratique de sports, activités ou loisirs suivants, sauf stipulations contraires et expresses mentionnées sur le certificat d'adhésion :
 - sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë kayak, pêche et plongée sous-marines,
 - sports de montagne pratiqués sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, y compris la spéléologie, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques et en dehors des pistes balisées, ainsi que le ski de vitesse, skeleton et bobsleigh,
 - sports de combat (le karaté, l'escrime et le judo sont toutefois garantis),
 - sports aériens : parapente, aérostation, deltaplane, kitesurf, vol à voile,
 - sports combinés tels que le biathlon, le triathlon et le pentathlon,
 - tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur, à l'exception des baptêmes encadrés par un ou plusieurs professionnel(s) ayant les compétences et diplômes requis par l'Etat,
 - cyclocross, trail - raid nature,

- la tentative de record, exhibition ou pari,
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,
- la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur,
- la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.

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

En plus des exclusions indiquées à l'article 5.1.1., ne sont pas couverts les évènements suivants :

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

5.2. Limitations de garanties

• Maternité

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

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

• Maladies mentales et affections 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 n'est pas garanti.

6

Le règlement des prestations

6.1. Modalités d'obtention des prestations

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

Les pièces suivantes doivent être adressées :

- En cas de décès de l'assuré

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

- 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.

■ 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.

■ En cas d'infirmité consécutive à un accident

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

■ En cas d'incapacité temporaire totale de travail

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'assureur par une déclaration manuscrite de l'assuré, accompagnée de l'avis d'arrêt de travail initial établi par son médecin traitant, avant le terme de la franchise prévue au contrat. Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration. A réception de cette déclaration, l'assureur demande à l'assuré de lui faire parvenir :

- la Déclaration d'arrêt d'activité, pour laquelle l'assuré doit compléter de manière exhaustive les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident, et préciser tout

élément qu'il jugera utile à une gestion optimale de son dossier,

- l'Attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail).

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

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

■ En cas d'incapacité permanente partielle ou totale de travail

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur :

- la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire,
- le certificat médical ou toutes pièces médicales permettant d'établir le caractère permanent de l'arrêt de travail.

Par ailleurs, l'assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la nature et les conséquences de l'évènement garanti.

6.2. 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 ou par le médecin-conseil et se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil qui peut, à l'analyse du dossier, définir le droit garanti ou limiter l'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente.

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

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

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

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

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

6.3. 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 de celle qui aurait été défini chez une personne soumise à un traitement médical adéquate.



Articles du Code des assurances

Article L.113-3 - Paiement de la prime

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

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

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

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

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

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

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

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

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

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

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

Article L.114-1 - Durée et computation du délai

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L.114-2 - Interruption de la prescription

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

Article L.114-3 - Aménagement conventionnel de la prescription

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le souscripteur est tenu :

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

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

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

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

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

SwissLife Prévoyance Indépendants

Annexe I - Convention d'Assistance Prévoyance

Comment contacter Garantie Assistance

Téléphone : de France 01 53 21 24 00
: de l'Étranger 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 revenus en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n°3011 et décrites à l'article 4.3.3. 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 revenus en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n°3011 et décrites à l'article 4.3.3. 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 mentionné 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.113-8 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 Prudentiel 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 temporaire 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 revenus en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n°3011 et décrites à l'article 4.3.3. 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 revenus en cas d'arrêt de travail prévues au contrat n°3011 et décrites à l'article 4.3.3. 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 Swiss-Life 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'intervenant 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 effectives

vement 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 DÉBROUSSAILLAGE **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 DÉPLACEMENTS 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).

L'avenir commence ici.

*SwissLife Assurance
et Patrimoine
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 169 036 164,38 €
Entreprise régie par
le code des assurances
341 785 632 RCS Nanterre*

*SwissLife Prévoyance
et Santé
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 150 000 000 €
Entreprise régie par
le code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre
www.swisslife.fr*

*Garantie Assistance
Siège social :
38, rue la Bruyère
75009 Paris
SA au capital de
1 850 000 €
Entreprise régie par le
Code des Assurances
312 517 493 RCS Paris*