

NOTE D'INFORMATION

du contrat d'adhésion n° 196 4A8034 P/FFA PREVOYANCE « ADHESION INDIVIDUELLE »
souscrit par la **FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES** au profit des MEMBRES de l'ADHERENT F.F.A.
auprès des **AGF Santé, Tour Neptune, La Défense 1, Case Postale 1703, 20 Place de Seine, 92086 PARIS La Défense Cédex**

1 DISPOSITIONS GENERALES

1.1 BASES LEGALES

Le contrat est régi par le code des Assurances.

Incontestabilité

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

Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance, selon les délais et les dispositions des articles L.114-1 (prescription biennale ou décennale) et L.114-2 (interruption de la prescription) du code des assurances.

La prescription est portée à dix ans pour les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du sociétaire.

Réclamations - Médiation

Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur, et le cas échéant, aux mandataires de la société, réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès de la FEDERATION FRANCAISE DES ASSURES, 207 rue JEAN JAURES CS 52826 29228 BREST CEDEX 2.

Ces examens ou réclamations sont sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Aggravation du risque

Le montant et les modalités des garanties ayant été élaborés notamment en fonction des conditions existantes de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat, l'assureur se réserve le droit, si une modification importante venait à y être apportée, de réviser les conditions de garantie et/ou de tarification conformément à l'article L. 113-4 (aggravation du risque) du code des assurances.

1.2 FORMALITES D'ADMISSION

Chaque membre admissible doit compléter et régulariser un bulletin d'affiliation fourni par l'assureur afin de :

- préciser son état civil,
- donner son consentement à l'assurance,
- désigner le (ou les) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès,
- indiquer les options de garantie retenues,
- renseigner le questionnaire d'état de santé.

L'assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Après examen du dossier complet de chaque membre admissible, l'assureur peut accorder sa garantie aux conditions normales ou proposer des conditions de garantie et/ou de tarification qui ne sont effectives qu'après acceptation expresse.

1.3 CHOIX - MODIFICATIONS DES GARANTIES

Choix des garanties

Au moment de son affiliation au contrat, le participant a le choix entre différentes options de garanties et de prestations, sachant que le module Décès / Invalidité Absolue et Définitive doit obligatoirement être souscrit (sauf dans le cas de l'Indemnité Hospitalisation).

Modifications d'options

Sous réserve de satisfaire à nouveau aux formalités d'admission, le participant a la faculté d'opter pour des garanties plus importantes en formulant une demande de changement d'option.

Dans ce cas, les délais de carence (s'il ne sont pas écoulés) continuent à s'appliquer pour l'option précédente et la nouvelle garantie prend effet à l'expiration du nouveau délai de carence calculé à partir de la date d'effet de l'augmentation des garanties.

1.4 DEBUT DES GARANTIES - DELAI DE CARENCE

L'affiliation prend effet le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel parvient la demande et pour une durée minimum d'un an.

Toutefois, à compter de la prise d'effet, seuls les risques consécutifs à un accident sont garantis.

Cette couverture accidentelle n'est étendue aux risques consécutifs à une maladie qu'à la date d'acceptation notifiée par l'assureur et au plus tôt, pour les garanties incapacité de travail et indemnité hospitalisation, à l'expiration d'un délai de carence de 180 JOURS (270 JOURS en cas d'arrêts résultant d'une maternité) décompté à partir du jour de la signature du bulletin d'affiliation par l'assuré.

Délai d'attente à l'adhésion :

- 180 jours de délai d'attente lorsque l'arrêt de travail est dû à une maladie ou à une affection.
- 365 jours de délai d'attente lorsque l'arrêt de travail est dû à une maladie mentale, une affection psychiatrique ou à une dépression nerveuse.

Les suites et conséquences de maladie intervenant pendant ce délai ne peuvent, en aucun cas, donner lieu à la mise en jeu de ces garanties.

A défaut d'acceptation des risques résultant d'une maladie, la couverture partielle des risques accidentels cesse automatiquement à la date du refus ou d'ajournement notifié par l'assureur.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et involontaire d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies notamment aiguës ou chroniques, de commotions nerveuses ou de chocs émotionnels.

1.5 DENONCIATION DES AFFILIATIONS

A l'égard de chaque affiliation, la garantie se renouvelle annuellement à chaque 1^{er} avril, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'assuré ou l'assureur.

Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant l'échéance principale, le 1^{er} avril ou à tout moment en cas de mariage, de déménagement, de changement de régime obligatoire, d'adhésion à un contrat obligatoire groupe.

Toute dénonciation est irrévocable

1.6 FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE PARTICIPANT

A l'égard de chaque participant, les garanties cessent :

- le jour de son 60^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie **INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE**,
- le jour de son 70^{ème} anniversaire pour la garantie **DECES versée sous forme d'un capital**,
- au 31 mars qui suit son 65^{ème} anniversaire pour les autres garanties,
- à la date à laquelle il est radié des listes de l'adhérent, ou en cas de non-paiement de la cotisation, sauf effet de la garantie **EXONERATION**,
- à la dénonciation de l'affiliation et à l'échéance du bulletin d'affiliation du participant suivant la date de résiliation du contrat d'adhésion,
- à la date de sa mise en retraite ou préretraite, quelle qu'en soit la cause pour la garantie **INCAPACITE DE TRAVAIL**.

1.7 MAINTIEN DU SERVICE DES PRESTATIONS

Par application des dispositions de l'article 7 de la loi 89.1009 du 31 décembre 1989, il est précisé qu'en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion, le service des prestations RENTE DE CONJOINT, INCAPACITE DE TRAVAIL et HOSPITALISATION, en cours à la date de résiliation ou de non renouvellement, est poursuivi, à leur niveau atteint à cette date, selon les dispositions contractuelles tant que les intéressés répondent aux conditions prévues pour ce service.

2 DEFINITION DES GARANTIES

2.1 SITUATION DE FAMILLE

Suivant l'option retenue pour la détermination de la situation de famille du participant, l'assureur prend en considération les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de droit, la situation de concubinage notoire, avec attestation.
- les enfants à charge.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- les enfants mineurs de l'assuré rattachés de plein droit au foyer fiscal de celui-ci,
- les enfants invalides de l'assuré, quel que soit leur âge, titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale,
- les enfants de l'assuré rattachés à son foyer fiscal sur leur demande :
 - . âgés de moins de 21 ans,
 - . âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite d'études, et à la condition que ces enfants soient sans ressources propres provenant d'une activité salariée (sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études).
- les enfants de l'assuré qui ne font pas de déclaration personnelle, au bénéfice desquels il verse une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

La situation de famille prise en considération par l'assureur est obligatoirement celle, dûment justifiée, du participant à la date du sinistre. Toutefois, l'enfant né viable moins de 300 jours après la date de sinistre ouvre droit à la majoration de capital, sous réserve que l'état de grossesse considéré ait été déclaré à l'assureur moins de 90 jours après la date du décès, et sur fourniture de l'acte de naissance de l'intéressé.

2.2 GARANTIE EN CAS DE DECES

2.2.1 Décès toutes causes

En cas de décès d'un assuré, les bénéficiaires désignés reçoivent un capital en fonction de l'option retenue.

Ce capital peut être déterminé en fonction de la situation de famille dûment justifiée du participant au jour du décès, telle qu'elle est prévue au paragraphe 2.1 - SITUATION DE FAMILLE.

Bénéficiaires L'assuré désigne sur son bulletin individuel d'affiliation le (ou les) bénéficiaire(s) de son choix.

Sauf présence de bénéficiaire acceptant, tout assuré conserve la faculté de changer, en cours de contrat d'adhésion, les bénéficiaires désignés, sur simple demande écrite, datée et signée par lui.

A défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire ou en cas de prédécès des bénéficiaires désignés par l'assuré, le capital est versé :

- en premier lieu : au conjoint de l'assuré, non séparé de droit,
- à défaut : aux enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales,
- à défaut : aux père et mère de l'assuré, par parts égales,
- à défaut : aux héritiers de l'assuré.

2.2.2 Décès accidentel

En cas de décès par suite d'un accident et lorsque le décès survient au plus tard dans un délai de six mois à compter du jour de l'accident, les bénéficiaires désignés reçoivent un capital supplémentaire en fonction de l'option retenue.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la victime et provenant de l'action soudaine et involontaire d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies notamment aiguës ou chroniques, de commotions nerveuses ou chocs émotionnels.

Rente de conjoint

En cas de décès d'un assuré marié, son conjoint survivant reçoit une rente viagère immédiate servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède son décès, ou son remariage.

Le montant de la rente est fixé en fonction de l'option retenue.

2.3 GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

2.3.1 Invalidité absolue et définitive toutes causes

L'assuré atteint d'une invalidité absolue et définitive avant le jour de son 60ème anniversaire reçoit le capital prévu en fonction de l'option retenue.

Est réputé en état d'invalidité absolue et définitive (I.A.D.) : l'assuré reconnu par un médecin expert désigné par l'assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %).

En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),

Le taux d'incapacité est apprécié par application des mêmes dispositions que pour l'incapacité permanente totale.

Dès réception de la preuve satisfaisant entraînant la reconnaissance immédiate de l'état d'invalidité absolue et définitive, l'assureur cesse de percevoir les cotisations se rapportant à la garantie d'écès toutes causes, sans suspendre sa couverture, et ce, tant que l'assuré demeure dans cet état d'invalidité.

Après un délai de six mois, l'assureur règle le capital, ce qui met fin à la garantie décès toutes causes.

2.3.2 Invalidité absolue et définitive accidentelle

L'assuré atteint d'une invalidité absolue et définitive résultant d'un accident (selon définition donnée à la garantie décès accidentel) avant le jour de son 60ème anniversaire, et reconnue au plus tard dans un délai de six mois à compter du jour de l'accident, reçoit le capital supplémentaire prévu en fonction de l'option retenue. **Le paiement du capital met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel.**

2.4 GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Les garanties incapacité de travail s'exercent à condition que l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) au jour du sinistre.

Les prestations versées au titre des garanties Indemnités Journalières en cas d'Incapacité de travail, ne pourront avoir pour effet de procurer à l'assuré un revenu supérieur à son revenu professionnel journalier moyen imposable, déclaré à l'Administration Fiscale, compte tenu des prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire facultative.

Pour les TNS, le calcul se fera en fonction de l'avis d'imposition de l'assuré de l'année précédente et pas forcément en fonction de la garantie choisie dans le contrat : l'assuré ne doit pas choisir des garanties supérieures à son revenu.

2.4.1 Incapacité temporaire totale

L'assuré doit être dans l'impossibilité complète, médicalement justifiée, d'exercer une quelconque activité professionnelle.

En cas d'arrêt complet de travail d'un assuré, ce dernier reçoit une indemnité journalière au terme d'un délai de franchise fixé en fonction de l'option retenue. Le délai de franchise est déterminé en tenant compte du nombre de jours d'arrêt complet et continu de travail de l'assuré.

LIMITATIONS DE GARANTIES : Sauf en cas d'intervention chirurgicale consécutive à un accident, les prestations sont limitées :

- **Les affections de type purement psychiatrique, les maladies mentales et les dépressions nerveuses, l'anxiété et la spasmophilie, les troubles neuropsychiques, neuropsychogènes, psychologiques etc... ne donnent lieu à indemnisation que durant les périodes d'hospitalisation. L'indemnisation est limitée à 3 mois par affection et par année d'assurance (du 1^{er} avril au 31 mars).**
- **Pour toutes les pathologies lombaires ou relatives à la totalité de l'axe rachidien l'indemnisation est limitée à 3 mois par affection et par année d'assurance.**
- **Le doublement hospitalisation est limité aux seuls hôpitaux et cliniques, médicales et chirurgicales. Sont exclus tous les centres de rééducation, de réadaptation et de diététique, maisons de repos, de convalescence, de moyens séjours... etc.**

Sauf cas prévu ci-avant, le versement de l'indemnité journalière se poursuit jusqu'à la fin de l'incapacité temporaire et cesse, en tout état de cause, à l'arrivée de l'un des termes suivants :

- **365^{ème} jours, 730^{ème} jours, 1.095^{ème} jours d'arrêt de travail, suivant l'option choisie, l'incapacité est réduite de 25 % à partir de la 2^{ème} année dans les DOM - TOM,**
- **date de reconnaissance d'une incapacité permanente,**
- **refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure),**
- **date à laquelle le participant perçoit les arrérages de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,**
- **fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'intéressé atteint son 65ème anniversaire.**

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

Maternité Les arrêts de travail résultant directement ou indirectement de l'état de grossesse, de l'accouchement ou de ses complications, ne sont pris en considération qu'après la date d'expiration du congé légal de maternité (y compris congés pathologiques), la période de franchise et la durée d'indemnisation se trouvant décomptées à partir de cette date.

2.4.2 Incapacité permanente totale

L'assuré doit être reconnu par un médecin-expert désigné par l'assureur, selon les dispositions ci-après, atteint d'un taux d'incapacité qui est, et demeure au moins égal à 66 %.

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

L'incapacité professionnelle est définie par accord ou par arbitrage.

Elle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

Le tableau figurant ci-après, indiquant les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (B.C.A.C.).

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

Remarques Il est précisé que les pièces émanant de la COTOREP (Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel) ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'incapacité permanente totale.

Si l'assuré est assujéti à la M.S.A. (Mutualité sociale agricole), il doit en outre être reconnu par cet organisme dans la catégorie des invalides à 100 % pour permettre un classement en état d'incapacité permanente totale.

Le service de la rente est interrompu à la fin de l'état d'incapacité permanente et, au plus tard, à la date à laquelle l'assuré commence à percevoir les arrérages de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, sans pouvoir excéder la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle le participant atteint son 65ème anniversaire.

2.4.3 Incapacité permanente partielle

Est reconnu en état d'incapacité permanente partielle, le participant atteint d'un taux d'incapacité permanente qui est et demeure compris entre 33 % et 66 %, par suite de maladie ou d'accident.

L'assuré perçoit une rente annuelle qui, en cas d'incapacité permanente partielle, est affectée d'un coefficient « N » représentant le taux d'incapacité permanente de l'assuré.

2.5 GARANTIE INDEMNITES D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation de plus de 3 JOURS d'un assuré ou d'un membre de sa famille (si celui-ci est couvert par le contrat), l'assureur verse une indemnité journalière à compter du 1er jour d'hospitalisation.

Sauf en cas d'intervention chirurgicale consécutive à un accident, les prestations sont limitées :

- Pour les affections de type purement psychiatrique, les maladies mentales et les dépressions nerveuses, l'anxiété et la spasmophilie, les troubles neuropsychiques, neuropsychogènes, psychologiques, l'indemnisation est limitée à 3 mois par affection et par année d'assurance du 1^{er} avril au 31 mars.
- Pour toutes les pathologies lombaires ou relatives à la totalité de l'axe rachidien, l'indemnisation est limitée à 3 mois par affection et par année d'assurance du 1^{er} avril au 31 mars.

Sauf cas prévu ci-avant, le versement de l'indemnité journalière se poursuit jusqu'à la fin de l'hospitalisation et cesse, en tout état de cause, à l'arrivée de l'un des termes suivants :

- 365^{ème} jour d'hospitalisation,
- fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'intéressé atteint son 65ème anniversaire.

Maternité Les hospitalisations résultant directement ou indirectement de l'état de grossesse, de l'accouchement ou de ses complications, ne sont pas pris en considération.

2.6 GARANTIE EXONERATION

Cette garantie s'applique au participant lorsqu'il se trouve en incapacité de travail de plus de 60 jours.

Au titre de la garantie exonération, l'assureur maintient à l'assuré les garanties incapacité de travail souscrites au titre du contrat en exonérant l'assuré du paiement des cotisations se rapportant à ces garanties pendant la période d'incapacité de travail.

L'exonération de cotisation et le maintien des garanties prennent fin :

- à la date à laquelle cesse la prise en charge de l'incapacité de travail par l'assureur,
- lorsque l'assuré est admis à faire valoir ses droits à la retraite,
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'intéressé atteint son 65ème anniversaire,
- à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation ou du contrat.

3 ETENDUE DES GARANTIES

3.1 EXCLUSIONS GENERALES

Navigation aérienne Les risques résultant d'un accident d'aviation ne sont couverts que si le participant se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée correspondant au type d'appareil concerné.

Autres risques aériens Sont exclus les risques liés aux compétitions, démonstrations, records et tentatives de records aériens, aux vols acrobatiques, vols d'apprentissage, vols d'essais, vols à voile, vols en prototype, montgolfières, dirigeables, deltaplane, parapente, U.L.M. et parachutisme sous toutes ses formes que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil.

Suicide Le suicide, conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire ne peut être couvert qu'après un délai de DEUX ANS d'assurance, y compris les périodes courues au titre d'un précédent contrat de garanties de même nature souscrit par l'adhérent.

Guerre Les risques résultant de faits de guerre ne peuvent être couverts que selon les conditions déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

3.2 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Outre les exclusions prévues au paragraphe 3.1 - EXCLUSIONS GENERALES, l'assureur exclut tout fait intentionnel de la part de l'assuré.

3.3 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES ET D'I.A.D. ACCIDENTELS, D'INCAPACITE DE TRAVAIL, & D'INDEMNITES HOSPITALISATION

Outre les exclusions prévues au paragraphe 3.1 - EXCLUSIONS GENERALES, l'assureur ne couvre pas le décès et l'invalidité absolue et définitive accidentels, l'incapacité de travail, l'hospitalisation, résultant des événements suivants :

- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre,
- les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le participant y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,
- l'ivresse (état attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par la législation en vigueur au titre du code de la route), l'alcoolisme ou l'usage de stupéfiants et produits toxiques et de médicaments non prescrits médicalement,
- tout fait intentionnel de la part de l'assuré,
- les accidents ou maladies consécutifs à l'exercice des professions suivantes : pilote de prototype, artificier, cascadeur, profession de cirque, bûcheron, débardeur, démineur, docker, mineur de fond, policier, gendarme, militaire de carrière, marin pêcheur en haute mer, spécialiste de travaux sous-marins,
- la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ainsi que sa participation à des compétitions et matchs ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur, à des tentatives de records, à des essais préparatoires ou de réception d'un engin, à des acrobaties,
- tous risques nucléaires : explosions, radiations, dégagements de chaleur.

Navigation aérienne L'assureur couvre les risques de navigation aérienne dans les conditions prévues au paragraphe 3.1 - EXCLUSIONS GENERALES et sous réserve que le participant ne se trouve à bord de l'appareil qu'en qualité de passager.

Etendue territoriale Les garanties s'appliquent en France et dans le monde entier pour des séjours et voyages n'excédant pas 6 mois. Pour les assurés assujettis à la Sécurité sociale française l'assureur retient comme critère, pour les accidents survenus ou de maladies contractées lors d'un séjour à l'étranger, les mesures prises par la Sécurité sociale pour les arrêts de travail considérés.

4 PRESTATIONS GARANTIES & COTISATIONS

4.1 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES & DES COTISATIONS

Les prestations afférentes à chaque option et leur cotisation afférente sont définies dans les conditions particulières.

4.2 REVALORISATION

Les garanties et les prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'arrêt de travail ou d'invalidité, ainsi les cotisations correspondantes, sont revalorisées chaque 1^{er} avril à compter du 365^{ème} jour suivant l'événement considéré, en fonction :

- du plafond de la Sécurité sociale en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive et d'arrêt de travail,
- du point de retraite A.G.I.R.C en Invalidité.

5 GESTION DU CONTRAT

5.1 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Conditions de paiement des cotisations : Les cotisations dues sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance.

Défaut de paiement : Un assuré peut être exclu du bénéfice du contrat si celui-ci cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le sociétaire d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Toute fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

5.1.1 En cas de décès

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

- la copie intégrale de l'acte de décès,
- l'extrait de naissance de l'assuré décédé,
- la copie de la carte d'identité du tiers bénéficiaire, datée et signée au jour de l'événement,
- l'acte de notoriété ou de dévolution successorale,
- l'attestation du juge des tutelles ou le jugement de tutelle en cas de bénéficiaire mineur.

- Le certificat post mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, qu'il s'agit d'une mort naturelle, accidentelle ou d'un suicide,
- Un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré à la date de son décès (avis d'imposition),
- Le cas échéant, le procès verbal de police, de gendarmerie, ou toute pièce analogue relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès.

Décès accidentel Outre les pièces exigées en cas de décès, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république près le tribunal de grande instance ou de toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès, prouvant l'origine accidentelle du sinistre.

5.1.2 **En cas d'invalidité absolue et définitive**

Le capital garanti sera réglé sur présentation des pièces suivantes :

- un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré (copie du dernier avis d'imposition),
- un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme définitive.
- La notification du classement de l'assuré en Invalidité 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale (si affiliation à la S.S.).

Invalidité absolue et définitive accidentelle Outre les pièces exigées au paragraphe ci-avant, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès verbal de police, de gendarmerie, ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le sinistre, et précisant son origine accidentelle.

5.1.3 **En cas d'incapacité de travail**

Incapacité temporaire

Déclaration *En cas d'incapacité complète de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues par le contrat, l'assuré doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), dès qu'il en a connaissance et, au plus tard, dans un délai de 30 jours. Au-delà de cette limite, le délai de franchise ne commence à courir ou les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la déclaration.*

Tout sinistre non déclaré dans un délai de 30 jours qui suit la fin de la franchise est définitivement exclu des garanties.

Pièces à fournir *L'assuré doit adresser à l'assureur son certificat initial d'arrêt de travail.*

A réception, ce dernier lui fait parvenir un dossier lui réclamant les pièces suivantes :

- Un questionnaire médical à compléter,
- Un bulletin d'hospitalisation,
- Les décomptes de la caisse obligatoire,
- Un justificatif d'activité pour les TNS,
- Le dernier avis d'imposition.

Toutes ces pièces doivent être retournées à l'assureur dans un délai de 15 jours sinon les prestations ne seront dues qu'à réception des pièces.

Dans le cas où l'assuré ne se trouve pas en état de reprendre ses occupations au terme de la période d'arrêt de travail prescrit, il doit être adressé à l'assureur, dans un délai de quinze jours, la prolongation de son arrêt de travail. Passé ce délai, les prestations sur cette prolongation ne seront dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

Incapacité permanente

Conditions de versement

Les rentes sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

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

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

Pièces à fournir *Outre les pièces prévues au titre de l'incapacité temporaire il y a lieu de fournir à l'assureur :*

Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme définitive.

5.1.4 **En cas d'hospitalisation**

Déclaration En cas d'hospitalisation susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues par le contrat, l'assuré doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans un délai maximum de 30 jours. Passé ce délai, ce sinistre sera définitivement exclu de la garantie.

Pièces à fournir *L'assuré doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :*

- justificatif d'hospitalisation (**bulletin de situation**, à défaut la facture des frais de séjour et d'honoraires) indiquant la durée de l'hospitalisation.

5.2 **CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE**

L'assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout assuré malade ou accidenté. Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

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

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à se soumettre à ce contrôle. L'envoi de cette lettre suspend le versement des prestations.

Si dans un délai de dix jours, le cachet de la Poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, les parties pourront convenir par convention d'un arbitrage (choix d'un 3ème expert par exemple), afin de les départager.